UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

LE PTOSIS

UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

ANNÉE 1943-1944 — THÈSE — N° 3

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
le LUNDI 29 NOVEMBRE 1943

PAR

Franck Maxime SEGUIN
né le 13 Novembre 1913 à Périgueux (Dordogne)

Examinateurs de la Thèse — *Juges*

MM.
BEAUVIEUX, *Professeur - Président*
CHARRIER, *Professeur*
DESPONS, *Agrégé*
MAGENDIE, *Agrégé*

NÉRAC
IMPRIMERIE G. COUDERC
—
1943

ERRATA

à la Thèse de Franck-Maxime SÉGUIN

soutenue le 29 Novembre 1943

A la page 15 au lieu de *Officier* de la Légion d'Honneur, lire CHEVALIER de la Légion d'Honneur.

A la page 17, avant dernier paragraphe, au lieu de *Trichiassis* lire TRICHIASIS.

A la page 18 avant dernier paragraphe, au lieu de *psotis* lire PTOSIS.

A la page 23, 1ère ligne au lieu de *retricilaire* lire RETRO-CILIAIRE.

A la page 24, paragraphe « Muscle de Muller » au lieu de *intérieure*, lire INFERIEURE.

A la page 25, paragraphe «Le septum» au lieu de l'*enchancrure* lire l'ECHANCRURE.

A la page 27, dernière ligne de la page, au lieu de *rétotarsien* lire RETRO-TARSIEN.

A la page 32, paragraphe « Ptosis par affections de voisinage » au lieu de *ménengites* lire MENINGITES.

A la page 32, paragraphe « Ptosis d'origine pédonculaire » au lieu de *noyax* lire NOYAUX.

A la page 35, paragraphe (e) au lieu de *syngomyelie* lire SYRYNGOMYELIE.

A la page 38, avant dernier alinéa, au lieu de *denjonctivale* lire CONJONCTIVALE.

A la page 38, dernier alinéa, au lieu de *abadonnés* lire ABANDONNES.

A la page 43, 2ème ligne au lieu de *Blascowiez* lire BLAS COWICZ.

A la page 47, (renvoi 1) au lieu de *Barsotte* lire BARSOTTI

A la page 48, 4ème temps, lire INCISION FRONTALE ET PAI PE BRALE.

A la page 49, bas de la page, 1er temps, lire (EVERSION DE LA PAUPIERE, INCISION EN T RENVERSE.

A la page 50, 3ème temps, NE PAS LIRE LA PREMIERE LIGNE.

A la page 54, paragraphe des modifications de la paupière, au lieu de *Denouxlliers* lire DENONVILLIERS.

A la page 55, 2ème alinéa, au lieu de *automatiques* lire ANATOMIQUES.

A la page 68, 4ème temps, avant dernière ligne du 1er paragraphe, au lieu de *cannélée* lire CANNELÉE.

A la page 73, 5ème ligne, au lieu de *joint* lire POINT.

A la page 77, dernière ligne, supprimer le terme BI-LATERAL

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

LE PTOSIS

UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

ANNÉE 1943-1944 — N° 3

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
le LUNDI 29 NOVEMBRE 1943

PAR

Franck Maxime SEGUIN
né le 13 Novembre 1913 à Périgueux (Dordogne)

Examinateurs de la Thèse — *Juges*

MM.
BEAUVIEUX, *Professeur - Président*
CHARRIER, *Professeur*
DESPONS, *Agrégé*
MAGENDIE, *Agrégé*

NÉRAC
IMPRIMERIE G. COUDERC
—
1943

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC. — ASSESSEUR : M. LABAT
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS. BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAZ, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY

PROFESSEURS	MM.
Clinique médicale	MAURIAC / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	JEANNENEY
Clinique chirurgicale	PAPIN
Pathologie et thérapeutique générale	CARLES
Clinique d'accouchements	RIVIERE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET
Médecine légale et déontologie	N...
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Physiologie	FABRE
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	N...
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales) CHARRIER (Chirurgie générale) FAUGÈRE (Obstétrique).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	FRANCK
Médecine générale	PIECHAUD
	N...
	N...
	FONTAN
	BROUSTET
	DERVILLEE
	SARIC
	DUBARRY
Chirurgie générale	LOUBAT
	MASSE
Chirurgie générale	DARGET
	MAGENDIE
	POUYANNE
Obstétrique	N...
	MAHON
Ophtalmologie	N...
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmaceut. et toxicol.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD
	GRANGER
Histoire naturelle médicale et parasitologie	R. MANDOUL

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	LOUBAT
Accouchements	PÉRY
Puériculture	FAUGERE
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL
Médecine légale	DERVILLÉE
Urologie	DARGET
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	LIARD
Chimie biologique	TAYEAU

Par délibération du 5 Août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

LE PTOSIS

UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Frank Max SEGUIN

LE PTOSIS

UN N UVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Vu : *Le Président de la Thèse,*
BEAUVIEUX

Vu et permis d'Imprimer :
Bordeaux, le 10 Novembre 1943
L'Inspecteur de l'Enseignement Supérieur
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE

Vu : *Le Doyen,*
M. MAURIAC

NÉRAC
Imprimerie G. COUDERC
—
1943

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

Légion d'honneur — Croix de guerre
Officier héroïque durant l'immense guerre
il tomba en Artois, le 27 septembre 1915

Sa mémoire est un chevron dont je suis fier dans la lutte de la vie.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND PÈRE

Il remplaça un Père si regretté mais de telle façon qu'il a réussi quelquefois à me le faire oublier.

A LA MEMOIRE
DE MON ONCLE ETIENNE SEGUIN

Tomb au champ d'honneur
Médaille Milit ire — Croix de guerre 1914-18

A LA MÉMOIRE DES MIENS
QUI NE SONT PLUS

A MA MÈRE

L'excès de votre affection fit de vous le modèle de l'amour maternel.

Vos sacrifices, ma si parfaite Maman n'ont pas été vains et, à mon entrée dans une carrière où je vous dois tout, ces lignes sont un trop faible trait de ma reconnaissance.

A MA FEMME

Elle m'a aidé dans cette tâche, comme elle sut m'aider dans les difficultés, toujours effacée mais cependant présente.

Ma tendresse n'est que peu de chose à côté de la sienne et de son dévouement.

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE GABRIEL SEGUIN

Croix de guerre 1914 — Croix de guerre 1940
Médaille Militaire — Légion d'Honneur

Sa vie si droite m'est un exemple. Sur sa tête je rapporte l'affection que je voue à notre famille et à notre saintonge.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A vous les jeunes qui fûtes mes confidents et dont j'ai apprécié la sincère affection et à vous aussi, mes amis d'âge mûr, qui m'avez aimé, aidé et conseillé.

A MON AMI LE DOCTEUR CORCELLE

Croix de guerre 1939-40

Ex-interne des Hopitaux

Ex-chef de clinique à la Faculté de Bordeaux

Il n'était pas possible, mon cher ami, de m'aider plus que vous ne l'avez fait.

Vous dire ma gratitude est une tâche bien lourde. Ma plume a cependant la prétention d'oser.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAGENDIE

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux

Chirurgien des Hôpitaux

Croix de guerre 1940

Que nous sommes heureux et fier de compter parmi nos juges.

A MES MAITRE DE LA FACULTÉ

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEAUVIEUX

Professeur à la Faculté de Bordeaux

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Officier de l'Instruction Publique

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur de présider notre thèse.

INTRODUCTION

Le ptosis ou Blepharoptose est une affection heureusement rare car elle fait de ses porteurs de véritables infirmes qui n'ont, ou plutôt n'avaient, que le choix entre une gêne oculaire importante ou le port d'un appareil aussi compliqué qu'incommode.

Mais aujourd'hui, grâce au progrès de l'anatomo-physiologie oculaire, grâce aussi aux progrès des techniques opératoires, il reste à ces malades, le recours à la chirurgie.

Le défaut de connaissances des anciens médecins en anatomie oculaire les rendait fort ignorants de la physiologie de cet organe.

Malgré cela on retrouve des vestiges de science ophtalmologique à des âges très reculés. Villard dit que dans le Talmud une phrase laisse supposer que les juifs savaient remplacer un œil manquant par un appareil de prothèse.

Grecs et Romains ensuite fabriquèrent un arsenal important d'instrumentation oculaire qu'on a retrouvé et nombreux sont les cachets d'oculistes Gallo-Romains que possèdent nos Musées. Les arabes recueillirent la semence de la science ophtalmologique naissante pour établir les premiers traités.

Au point de vue pathologie, toujours au dire de Villard, le chalazion, le trichiassis, l'entropion l'ectropion étaient connus des médecins hippocratiques.

Dans les ouvrages d'un Arabe Mohamed el Ghafi on a trouvé mention de 32 affections

oculaires dont une, le « relachement », est caractérisée par un allongement de la paupière supérieure que le malade ne peut pas relever.

Dans le moyen âge on retrouve mention de la « relaxation de la paupière supérieure ». Puis c'est une période de latence et il faut arriver au siècle dernier pour enregistrer de nouveaux progrès. C'est à cette époque qu'après quelques tâtonnements, plus ou moins couronnés de succès, de nombreux chirurgiens se sont efforcés depuis une cinquantaine d'années de rendre efficaces les modes opératoires. Ils les multiplièrent mais leur diversité et leur nombre prouvent de manière flagrante leur imperfection.

Dans la période toute contemporaine la cure du ptosis a continué à préoccuper les ophtalmologistes car, suivant les traces de leurs maîtres de la fin du siècle dernier, ils ont eux aussi, depuis la simple pince jusqu'aux modernes anastomoses musculaires, tout imaginé et tout entrepris pour mener à bien leur difficile travail.

L'obligeance de notre ami le Docteur Corcelle nous permet aujourd'hui de publier un nouveau procédé d'opération du psotis. Il l'a lui-même utilisé dans quatre cures radicales, dont nous publierons, en fin de volume, les résultats satisfaisants.

Avant de décrire le Procédé Corcelle nous avons à faire un exposé d'ensemble de la question du psotis, estimant qu'il n'est pas superflu de mettre quelque classification dans cet important chapitre de chirurgie oculaire.

Il sera nécessaire aussi, pour la clarté du sujet, et c'est par cela que nous commencerons, de faire un rappel anatomo-physiologique de la région orbito palpébrale, puis dans quelques pages nous résumerons la pathologie du ptosis, et enfin, après avoir rappelé les diverses cures, aussi bien lointaines que récentes, nous décrirons le brillant procédé du Docteur Corcelle.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE — PHYSIOLOGIE

Parmi les diverses parties anatomiques de la paupière et de l'orbite nous devons nous arrêter plus particulièrement à celles qui, de près ou de loin, touchent au ptosis.

C'est ainsi, qu'après une brève description des paupières, il faudra étudier les différentes formations musculaires et fibreuses qui le composent et leur adjoindre les muscles utilisés dans quelques cures de ptosis, nous voulons parler du muscle de Muller, du droit supérieur de l'œil et de l'occipito-frontal.

Ensuite nous décrirons les formations fibro-élastiques qui servent à la suspension de la paupière supérieure, c'est-à-dire :

Le septum orbitaire
les tarses
les ligaments palpébraux
les gaines musculaires

Enfin, après quelques mots sur la physiologie de la région, nous serons en mesure d'envisager la pathologie du ptosis et sa cure.

LES PAUPIÈRES

Les paupières sont des formations complexes musculo-membraneuses destinées à assurer l'occlusion plus ou moins complète de la base de l'orbite au niveau de la partie antérieure du globe oculaire.

Entre les deux paupières la fente palpébrale laisse normalement apercevoir le globe oculaire diversement coloré par l'iris percé de sa pupille.

Les paupières, si elles protègent l'œil contre la lumière et les poussières ou le corps étrangers, répartissent aussi à la surface de la cornée les sécrétions lacrymales.

Plusieurs plis ou sillons existent sur les paupières qui sont à peu près constants, ce sont :

Les sillons palpébraux supérieur et inférieur
Le sillon naso-jugal ;
Le sillon de l'angle externe.

Le bord libre des deux paupières délimite la fente palpébrale diversement ouverte selon les individus. Une petite saillie sur le bord interne : c'est le tubercule lacrymal, un à chaque paupière au 1/8 interne environ.

Les bords libres sont implantés de cils plus longs, plus fournis, plus raides pour la paupière supérieure ils ne blanchissent jamais, se renouvellent tous les cinq à six mois.

Sur le bord libre entre les cils débouchent les glandes de Méibomius.

Pour envisager l'anatomie de la paupière supérieure, il faut la démembrer schématiquement en plusieurs plans qui sont :

a) La peau ;
b) Le tissu celluleux sous-cutané ;
c) La couche musculaire ;
d) Le tissu celluleux rétro-musculaire ;
e) Le plan fibro-élastique.

a) **La peau ;**

Très fine et très élastique est reliée par des fibres conjonctives au muscle orbiculaire ; elle a

aussi des rapports avec certaines fibres du tendon du muscle au niveau du sillon palbébral releveur supérieur.

Près des angles de l'œil, elle adhère aux ligaments **palpébraux.**

La partie de la peau correspondant au sillon naso-jugal est fixée au périoste.

Le revêtement épithélial se raccorde en biseau au niveau du bord libre avec la conjonctive palpébrale.

Des poils très tenus parsèment les paupières.

Les glandes sudoripares tubuleuses et spiralées sont les glandes de Moll.

Les glandes sébacées holocrines groupées à deux par cil se nomment les glandes de Zeiss.

b) **Le tissu celluleux sous-cutané.**

est une très mince couche entre peau et muscle.

Ce tissu est cloisonné au niveau des plis et sillons par des éléments fibreux réunissant la peau au fascia musculaire.

c) **Les muscles ;**

L'orbiculaire est représenté par une nappe musculaire mince dont les faisceaux obliques se recouvrent comme les tuiles d'un toit (fig. 1 page 22). Il est situé au devant du tarse et du septum ; l'ensemble a une forme ovalaire étroite à grand axe horizontal.

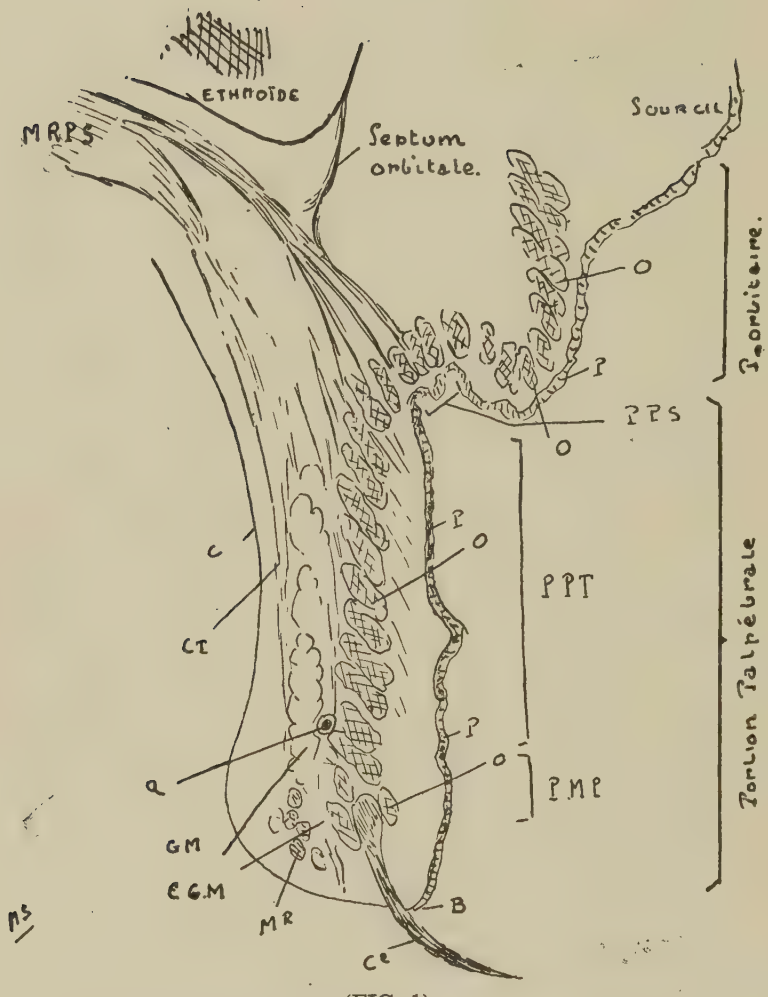
Il comprend deux parties dont l'une orbitaire dépassant le bord de l'orbite a peu d'intérêt.

Plus importante pour nous est la partie palpébrale que l'on peut diviser en cinq portions :

l'une marginale préciliaire (P M P f. 1 p. 22) developpée surtout à la paupière supérieure.

une prétarsale, en avant du cartilage tarse (P P T fig. 1, page 22)

une autre preseptale, étendue du sillon palpébral supérieur au rebord orbitaire; elle est localisée en avant du septum orbitaire. (P P S fig. 1 page 22).



(FIG. 1)

Schema d'une coupe sagitale de la paupière supérieure

A : Artère
B : Bord libre de la paupière supérieure
C : Conjonctive
C E : Cil
C T : Cartilage tarse
G M : Glande de Meibomius et son canal
MRPS : Muscle releveur de la paupière supérieure et TMRPS. son tendon
M R : Muscle de Riolan
O : Orbiculaire
P : Peau
PMP : Portion marginale préciliaire
PPP : Portion prétarsale
PPS : Portion préseptale

une quatrième portion est rétriciliaire. On a coutume de l'appeler muscle de Riolan, située profondément près du bord libre entre les bulbes pileux et les glandes de Moll (M R fig. 5).

Enfin, la dernière portion lacrymale ou muscle de Duverney-Horner est profonde, comprise entre le septum et le tendon réfléchi du ligament palpébral.

Le muscle orbiculaire est l'organe de fermeture des paupières dont il retient l'ouverture.

Le releveur de la paupière supérieure

autre muscle des paupières est le releveur de la paupière supérienre, antagoniste de l'orbiculaire c'est lui qui élève la paupière.

C'est un muscle strié, donc à motricité volontaire ; sa forme est celle d'un triangle à sommet orbitaire, il se détache de la gaine du nerf optique de l'anneau de Zinn et de la périorbite.

Son tendon nacré, placé entre grand oblique et droit supérieur est long de 5 m/m, il est lamellaire, devient charnu, puis, parvenu au rebord orbitaire, se prolonge par un nouveau tendon très étalé d'un ligament palpébral à l'autre.

Il se termine :

à la peau, à travers les faisceaux imbriques de l'orbiculaire ;

au tarse et aux ligaments palpébraux ;

enfin à l'orbite par des expansions aponévrotiques.

Pour les rapports de ce muscle ils sont à envisager dans les deux parties :

horizontale charnue orbitaire

frontale aponévrotique palpébrale

La partie horizontale est longée, presque continuellement par le nerf frontal.

Du tissu adipeux la sépare de la péri-orbite, au-dessous passe le muscle droit supérieur dont le sépare le nerf moteur oculaire commun.

A l'extrémité supérieure de ces faisceaux se détache le muscle de Muller.

La partie verticale commence au fornix ; en avant de lui se dispose le rouleau adipeux rétroseptal.

Il croise le septum supérieur jusqu'au moment où il s'engage à travers les éléments de la paupière supérieure.

Son action est de porter la paupière en haut et en arrière.

Le muscle de Muller

est une formation lisse détachée du releveur, face intérieure qui rejoint le bord supérieur du tarse appliqué sur la conjonctive palpébrale.

Il est long de 10 m/m environ.

Tout en n'étant pas palpébraux les deux muscles suivants trouvent place ici car ils participent à la chirurgie du ptosis.

Le muscle droit supérieur

S'insère sur le tendon de Zinn et sur une bandelette qui en émane.

Il longe le plafond de l'orbite au-dessous du releveur de la paupière supérieure auquel il est d'ailleurs uni par une expansion.

Sous le droit supérieur se trouvent le nerf optique, la veine et l'artère ophtalmiques.

Il s'insère sur le globe oculaire et son action porte celui-ci en haut et en dehors.

Quelques faisceaux du droit supérieur se jettent en grande partie sur les cartilages tarses, il est donc élévateur de la paupière supérieure.

Le muscle frontal

Relié à l'occipital par l'aponévrose épicranienne sur laquelle il s'insère, pour se porter vers l'orbite s'entrecroisant avec des faisceaux du sourcillier et de l'orbiculaire.

Il est uni intimement à la peau à l'aide d'un tissu cellulaire très dense.

Innervé par une branche du facial il élève la peau du sourcil quand il s'appuie sur l'aponévrose épicranienne, préalablement fixée par l'occipital.

d) **Tissu celluleux rétro-musculaire**

Le quatrième plan des paupières est constitué par le tissu celluleux retro-musculaire séparé en deux étages par les fibres obliques du releveur de la paupière supérieure qui va traverser les fibres de l'orbiculaire pour aller à la peau.

Ce tissu est intéressant en chirurgie car il sert de plan de clivage aussi bien que le plan celluleux sous-cutané.

e) Plan fibro-élastique

Du point de vue qui nous occupe, le cinquième plan est peut-être le plus intéressant car il est le véritable soutien palpébral. On peut le diviser en trois parties :

le tendon du releveur
le septum orbitaire
le tarse.
les gaines musculaires.

Le tendon du releveur a déjà été étudié avec son muscle

Le septum (fig. II page 26)

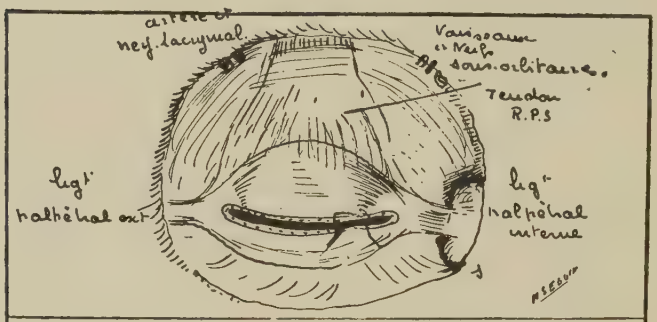
est une cloison mince de tissu fibro-élastique étendue du rebord orbitaire aux tarses qui délimite deux arcades, l'une au niveau de l'émergence du grand oblique, l'autre au niveau de l'enchancrure sus orbitaire.

Quant au bord tarsal du septum, considérablement aminci, il suit le pourtour de la fente palpébrale à une certaine distance du bord libre, croisé à sa partie moyenne par les fibres du releveur ; il s'entremêle avec elles et les accompagne à la peau à travers l'orbiculaire.

Les tarses (fig. 2).

Sont des éléments fibreux faussement dénommés cartilages, au nombre de deux, un dans chaque paupière dont ils constituent la charpente. Ils emprisonnent dans leur masse de longues glandes acineuses qui débouchent en pleine épaisseur du bord palpébral ce sont les glandes de Meibomius.

Les tarses sont bombés épousant la forme du globe oculaire devant lequel ils sont tendus par les ligaments palpébraux.



(FIG. 2)

Le bord du tarse supérieur correspondant au sillon palpébral supérieur donne attache au muscle de Muller et au tendon du releveur de la paupière supérieure.

Le muscle de Riolan, est compris entre chaque tarse, (partie antérieure) et le bord libre de la paupière enserrant dans son épaisseur les bulbes pileux.

Les ligaments palpébraux

Servent d'intermédiaire aux tarses pour leur insertion sur le squelette.

Le ligament palpébral externe s'étend du tubercule

de Withenall au tarse ; sa face antérieure se fusionne avec l'orbiculaire.

Le ligament palpébral interne a deux parties, un tendon direct et un tendon réfléchi.

La face antérieure adhère à la peau, la postérieure au sac lacrymal. Ce ligament s'attache au tarse grâce à deux branches de bifurcation desquelles partent certaines fibres de l'orbiculaire.

La face postérieure du tendon réfléchi est appliquée contre le muscle de Horner, elle va du tarse à la paroi interne de l'orbite.

Gaines musculaires

Manchons fibreux entourant les muscles dès leur origine, elles sont en relation avec la périorbite et la gaine fibreuse du nerf optique.

Les gaines musculaires sont très minces et très transparentes.

a) ***Muscle releveur de la paupière supérieure.***

Le feuillet orbitaire s'épaissit en une bride fibreuse allant jusqu'à la paroi orbitaire. A partir de cette bride la gaine du muscle découvre le tendon jusqu'au septum supérieur.

Le feuillet bulbaire tapisse l'espace postérieur du muscle de Muller et se termine entre tarse et conjonctive dans la paupière supérieure.

Une expansion s'unit avec une formation analogue du droit supérieur sous jacent.

b) ***Muscle droit supérieur.***

Son expansion s'unit à celle analogue du releveur et va s'insérer au fornix.

Innervation et irrigation de la paupière supérieure.

Les artères sont des branches de l'ophtalmique.

Il y en a deux principales : les palpébrales supérieure et inférieure.

Les veines sont riches provenant de deux réseaux, pré et réto tarsien.

Les lymphatiques des deux paupières se rendent [illegible] et aux ganglions sous maxillaires pour la partie interne.

Quant aux nerfs moteurs ils viennent :

1.° de la branche supérieure du facial : pour l'orbiculaire, le frontal et le sourcilier.

2.° du moteur oculaire pour le releveur ;

3.° du sympathique pour le muscle de Muller.

Les nerfs sensitifs proviennent de cinq troncs :

Nasal externe.

Frontal externe et interne.

Lacrymal.

Sus [illegible]

Situés au devant du tarse ils envoient des rameaux à la conjonctive et à la peau.

Physiologie de l'occlusion palpébrale

2 muscles : le releveur de la paupière et l'orbiculaire.

2 mouvements : ouverture ou relèvement, l'abaissement ou fermeture, à chacun d'eux est dévolue une action propre.

Sous l'action de l'élevateur : le cartilage tarse est attiré en arrière par le tendon musculaire, entraînant la paupière supérieure. Elle se recourbe par [illegible] et en arrière vers le pôle postérieur de l'œil ; la moitié inférieure de la [illegible] suit le mouvement avec la lèvre supérieure au niveau du pli orbitopalpébral.

Quant au muscle de Muller au rôle moins actif, il agit par l'intermédiaire du sympathique [illegible] contraction de ses fibres mais de façon très minime.

L'orbiculaire est l'antagoniste de ces deux muscles.

Dans le sommeil, l'orifice palpébral se ferme non parce que le sphincter se contracte mais parce que le releveur cesse de se contracter et que le tonus de l'orbiculaire l'emporte.

S'il y a contraction de l'orbiculaire, c'est le blépharospasme très différent du ptosis.

Il peut y avoir absence de releveur ou tout au moins développement incomplet de celui-ci.

Ou bien l'orbiculaire peut avoir trop de tonus ; on a essayé d'y parer en l'affaiblissant par une opération (de Graefe) d'autres fois ce sont les nerfs qui sont cause du ptosis. (III^{eme} paire, grand sympathique)

Un cas de ptosis incomplet serait aussi l'aplatissement de l'orbite car la capsule de Tenon sert de poulie de réflexion au releveur qui d'horizontal devient ainsi frontal.

RÉSUMÉ

En résumé, la paupière supérieure est un organe complexe très diversement mobile, soutenu par divers ligaments, les tarses et le tendon du muscle R. P. S. avec le muscle de Muller.

Séparant ces différents tractus fibreux se trouvent des coussinets adipeux et des muscles : Orbiculaire des paupières, muscle de Horner, muscle de Riolan, muscle de Muller.

Ainsi soutenues les paupières délimitent une fente qui sera retrécie par les contractions de l'orbiculaire. L'amplitude du mouvement palpébral supérieur est plus grande que celle de la paupière inférieure.

Les mouvements d'élévation sont effectués par le muscle releveur de la paupière supérieure, le muscle de Muller, une partie du droit supérieur de l'œil et le frontal.

CHAPITRE II

PATHOLOGIE DU PTOSIS

Munis de ces quelques rapides éléments anatomiques, nous sommes en mesure d'envisager la pathologie du Ptosis et surtout sa guérison : la cure sanglante mais radicale.

Assuré par deux muscles l'un strié l'autre lisse, le relèvement de la paupière est conditionné par l'intégrité de deux nerfs la IIIème paire ou moteur oculaire et le grand sympathique.

Le Ptosis ou Blepharoptose consiste dans la chute de la paupière supérieure, le sillon oculo-palpébral tendant à s'effacer.

Il y a un ptosis spécial qui est tout physiologique, c'est la ptose de la paupière consécutive à une énucléation. En effet, l'œil sert de poulie de réflexion au releveur de la paupière aidé en cela par la capsule de Tenon, c'est l'absence du globe qui fait que la paupière est attirée en arrière et non en haut par un releveur cependant intact.

Le Ptosis est mesurable au périmètre. Il varie avec les mouvements latéraux du globe diminuant dans

l'adduction et la convergence augmentant dans l'abduction.

Le Ptosique cherche à compenser l'inertie de sa paupière par des contractions du frontal et une élévation du sourcil, encore faut-il pour cela que nerf et muscle frontal soient intacts. En cas de ptosis bilatéral le sujet penche la tête en arrière.

Différents types de Ptosis

D'après Sédan dont nous adopterons la classification, le seul moyen de classer les ptosis est de les ranger selon l'étiologie pour les uns et selon le siège pour quelques autres, sous peine d'être obligé de faire des redites.

1.) **Ptosis congénital**

De caractère familial quand il est héréditaire ; c'est une affection rare, différente des divers ptosis familiaux, différente aussi de la maladie de Dutil ; les causes les plus fréquentes en sont :

1. Disposition vicieuse de l'appareil musculaire,
2. Absence du muscle
3. Absence de conduction nerveuse entre centre et releveur,
4. Développement insuffisant ou absence de centre nerveux à l'endroit du noyau de l'oculo moteur

Le Ptosis congénital non héréditaire est associé souvent à d'autres atteintes physiques ou fonctionnelles, la paupière y est lisse sans ride très souvent bilatéralement.

Le Ptosis serait susceptible d'agravation par maladie intercurrente (Sedan).

A signaler diverses syncinesies dont la plus connue est celle de Marcus Grunn dans laquelle le malade voit son ptosis disparaître quand il ouvre la bouche (1).

---

(1) Thèse Clitandre Krukowska, Paris 1926, Contribution à l'étude du ptosis congénital héréditaire.

Ptosis traumatique

a) Le traumatisme intéressant soit le nerf du releveur soit le muscle lui-même. Souvent le strabisme vient compliquer le ptosis ; ce dernier arrive alors fort heureusement pour supprimer une diplopie gênante.

Chez le nouveau né on pourrait baptiser congénital un ptosis qui n'est qu'obstetrical et du aux violences du forceps ;

b) le traumatisme n'est bien plus souvent qu'indirect le ptosis vient compliquer le tableau déjà dramatique d'une fracture de la base du crâne.

Il peut résulter d'une compression par un anévrisme, un caillot ou un cal, d'une élongotion du nerf III, ou d'une section.

Ptosis par affections de voisinage

Soit par lésions osseuses, périostiques, infectieuses ou néoplasiques.

La periostite obitaire est souvent douloureuse avec lésions optiques concomittantes.

Les sinusites sont souvent à incriminer. Pour Rollet le ptosis en est une des premières manifestations.

Très souvent, c'est une lésion siégeant à la fente sphénoïdale et c'est alors une gomme syphilitique remarquablement sensible au traitement.

Il y a aussi des ptosis réflexes et passagers au cours de névralgies dentaires.

De même les ménengites et affections de la base du crâne.

Enfin les hémorragies basiliaires et les tromboses du sinus peuvent s'accompagner de ptosis.

Ptosis d'origine pédonculaire

Les noyax de la IIIème paire sont le long de l'aqueduc de Sylvius dans les pédoncules cérébraux, il peut y avoir atteinte parcellaire ou totale du IIIème et du septième.

1. atteinte isolée du III
2. atteinte commune du IIIème et du VIIème.
3. Ptosis du syndrome alterne type de Weber ou Benedickt

La cause essentielle des ptosis et paralysies oculaires est généralement la syphilis.

Les lésions vasculaires sont souvent en causes.

Parfois des tumeurs pédonculaires.

Ptosis d'origine bulbaire

ou Syndrome d'Erb et Goldflamm est une paralysie bulbaire asthénique.

Le Ptosis le plus souvent se trouve associé à du nystagmus survenant après l'effort et à des troubles moteurs du corps, fonction eux aussi de la fatigue et prédominant aux membres.

L'insuline, l'éphédrine, les sels de potassium, la prostigmine ont une action importante sur la myasthénie.

Ptosis dus à des lésions méningo-encéphalo-medullaires

Les méningites de la base surtout les tuberculeuses frappent volontiers la troisième paire.

Pour la syphilis la lésion nerveuse est soit la sclérose soit la gomme.

De même au cours de méningites cérébro-spinales comme le IIIème baigne dans les lacs arachnoïdiens de la face antérieure du pédoncule, il est souvent atteint.

Abcès du cerveau, tumeurs tuberculeuses, sont aussi capables de donner du ptosis.

Dans une grave maladie infectieuse, le ptosis est un grand signe de début. Nous voulons parler de l'encéphalite épidémique ou léthargique, c'est un ptosis précoce et fugace.

Enfin, il y a un ptosis cerebelleux élément de l'hérédo-ataxie locomotrice de Pierre Marie,

un ptosis tabétique,

un ptosis de la P G,

ces deux derniers sont fugaces et transitoires.

Parfois, il en a été constaté dans la sclérose en plaque, la syringomyélie et la paralysie ascendante aigüe de Landry.

Ptosis dus à des affections nerveuses diverses :

Ptosis hystérique difficile à différencier du spasme,

Ptosis de la paralysie de la mobilité verticale,

Ptosis de la migraine ophtalmoplégique.

Ptosis au cours des infections

Il fut observé dans la rougeole, la scarlatine, l'érysipèle, la grippe, le zona, la diphtérie, la typhoïde.

Ptosis au cours des intoxications et auto intoxications

fréquent dans le saturnisme

l'intoxication par le C O

la sérothérapie

les intoxications arsénicales et arsenobenzolées

le botulisme

l'arteriosclérose, l'urémie, le Basedow, le scorbut

Enfin, la maladie de Dutil ou ptosis non congénital, mais héréditaire.

Ptosis sympathique

L'ensemble symptomatique oculo-palpébral lié à l'altération des fibres du sympathique est connu sous le nom de syndrome de Claude Bernard-Horner ; il est léger unilatéral dû à une paralysie du muscle de Muller.

Souvent il s'accompagne de myosis.

On l'observe souvent après intervention sur le

ganglion cervical supérieur et la chaîne sympathique cervicale (Leriche et Fontaine). On les a donc employés pour traiter la lagophtalmie.

Les causes de ce ptosis sympathique sont :

a) Ptosis sympathique cranien après traumatisme

b) Ptosis cervical avec les adenopathies cervicales;
les goitres
les anévrismes de la carotide
les plaies pénétrantes du cou

c) Ptosis sympathique
des adenopathies tracheo bronchiques
des anévrismes de l'aorte
des tumeurs de l'œsophage
des tuberculoses scléro-pulmonaires

d) Ptosis sympathique rachidien
dans les fractures du rachis
dans les maux de Pott
dans les cancers cervicaux vertébraux
dans les blessures de guerre
dans les paralysies radiculaires du plexus brachial

e) Ptosis sympathique médullaire
dans la syngomyélie
le tabès
la syphilis

CHAPITRE III

RAPPEL DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Les Procédés historiques — Les Procédés modernes

Si bien des procédés opératoires ont été proposés pour corriger le ptosis, bien peu sont demeurés ; les autres n'ayant plus qu'un intérêt : celui de l'histoire.

De ce nombre, sont les procédés non chirurgicaux tels que bandelettes adhésives et lunettes à ptosis de **Sichel**, dont certains modèles sont encore en vente chez les opticiens, pour les malades endurcis. On trouve dans les annales d'oculistiques de 1929 la mention suivante :

« Sur une opération adjuvante dans le ptosis par **Schneider** (Munich) indication de deux procédés qui permettent de fixer les lunettes à ptosis ».

Preuve que ces moyens peuvent avoir leurs rares indications chez des malades non opérables pour leur état général déficient.

Le cas de Marie-Thérèse d'Autriche guérie par **Wenzel** à l'aide de compresses d'ammoniaque liquide est resté classique dans l'histoire du ptosis. (1)

(1) M. Clitandre Krukowska, (Thèse Paris 1926) d. c.

Les topiques irritants ont donc quelquefois pu réussir dans certains ptosis incomplets dus à l'action du releveur ce fut, nous le verrons plus tard, une idée directrice du procédé complexe du Baron Boyer.

Les procédés opératoires peuvent être considérés d'après la forme clinique ou d'après l'idée physiologique qui les guide. C'est ce deuxième mode de classification que nous utiliserons ; il nous permettra ensuite d'envisager les indications opératoires :

On distingue les procédés :

1.) Agissant sur les paupières elles-mêmes ; ce sont des procédés d'excision.

2.) Utilisant le releveur de la paupière.

3.) Utilisant le muscle frontal.

4.) Remplaçant le releveur :

a) par un muscle voisin,

b) par un tissu autre que ceux de la paupière supérieure.

1.) LES PROCEDES D'EXCISION

Ils n'ont qu'un intérêt historique et, comme dit Aubineau, dans un article paru en 1921, ne peuvent s'appliquer qu'aux ptoses légères ou ne constituent qu'une opération complémentaire.

Parmi ces procédés, le plus ancien est celui des **arabes :** ils désignaient le ptosis par le terme de « scharnack » qui vient lui-même du verbe « scharnaka » couper. Cela montre clairement que la chirurgie avait seule son mot à dire dans le traitement de cette affection.

Plus récent et pour le moins curieux est le procédé du **Baron Boyer** rajeunissant en 1816 le procédé de Celse par l'adjonction de quelques pratiques, bizarres destinées à lutter contre « l'engorgement des pau-

pières » qu'il accusait de causer les blépharaptoses (1). De ces pratiques saignées, vomitifs, vésicatoires à la nuque, la dernière qui consiste à diriger un jet de vapeur de soufre en combustion sur la paupière affectée, se justifie aujourd'hui, puisqu'on a vu envoyer avec succès des malades à Balaruc et à Barèges.

Si le procédé du Baron Boyer est déconcertant, bizarre du moins est celui de **Denonvilliers et Gosselin**. Il consiste à fendre la paupière en deux et par ce colobome artificiel, le malade peut à loisir contempler dans les miroirs son œil qui le regarde par un V renversé.

Denonvilliers et Gosselin ont eu le mérite de distinguer cliniquement le blepharochalazis dans lequel la peau de la paupière perd son élasticité, devient flasque et s'allonge.

Le procédé de **Gillet de Grandmont** est plus scientifique c'est une excision du tarse, Duverger et Velter, l'exposent ainsi.

On opère avec une plaque à paupière et on sectionne tous les plans par deux incisions se rejoignant qui circonscrivent un lambeau lancéole variable suivant l'importance de la malformation. Enfin, on suture par quelques points réunissant la peau et le muscle.

Terrien en donne une description un peu différente. D'après lui, l'auteur excise le tarse, mais respecte la peau. Terrien se réfère de Gillet de Grandmont (société Française d'Ophtalmologie 1891, page 80).

Récemment, Alexander a ressuscité le procédé de Gillet de Grandmont, il pratique une tarsectomie par voie denjonctivale mais qui ne donne qu'une correction de 3 à 4 m/m.

Ces différents modes opératoires laissent des cicatrices, ne corrigent pas le ptosis et ne permettent pas l'occlusion des paupières ; ils sont donc abadonnés Rarement, tout au plus, fait-on des excisions cutanées

(1) In traité des Maladies Chirurgicales. Baron Boyer, Tome V Page 261

venant compléter un des procédés suivants, afin de rectifier la longueur de la peau.

Hunt incisait sous le sourcil dans l'espoir que la cicatrice amenerait la peau de la paupière en contact avec le muscle frontal dont les contractions remplaceraient ainsi celles du releveur déficient.

A partir de cette idée, Angelucci et de Lapersonne utilisèrent les contractions d'un nouveau muscle, le releveur de la paupière supérieure.

2) UTILISATION DU RELEVEUR DE LA PAUPIERE SUPERIEURE

Le procédé **de Lapersonne** s'exécute par voie, soit postérieure, soit antérieure. Il fait une incision sur la paupière supérieure tendue sur une plaque. L'incision intéresse la peau et l'orbiculaire montrant le tendon releveur et le tarse.

Deux petites incisions vont de chaque coté du tendon jusqu'à la conjonctive, libérant ainsi une partie du tendon du releveur qu'un crochet à strabisme attire en avant.

Après pose des fils (C. f de la fig. 3 page) on sectionne le muscle qui s'étale finement sur la face antérieure du tarse.

Quant à **Angelucci** il coupe un morceau du releveur et le suture à l'incision sourcilienne. Cela en trois temps :

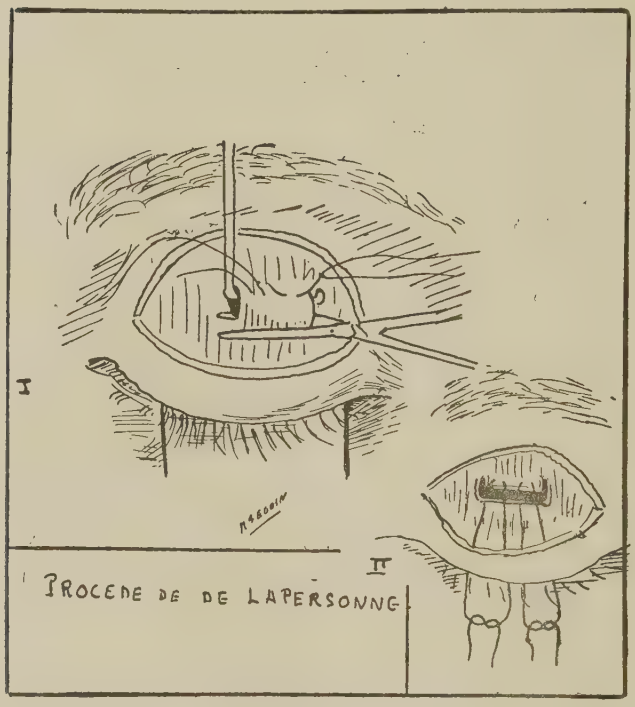
1er temps : Incision de la peau sous le sourcil,

2ème temps : Section du releveur à 4 m/m au-dessus du bord supérieur du tarse.

3ème temps : Suture par deux anses de fil qui, traversant le périoste, ressortent dans le sourcil. Serrage à volonté. Excision s'il le faut d'un petit lambeau palpébral, et suture facultative de la peau. (fig. 4).

Ce procédé ingénieux anastomose le releveur et le

frontal, mais le raccourcissement du releveur artificiellement disséqué doit être important pour avoir une bonne correction, il risque d'entrainer hypercorrection s'il est trop grand et hypocorrection s'il est trop modeste.

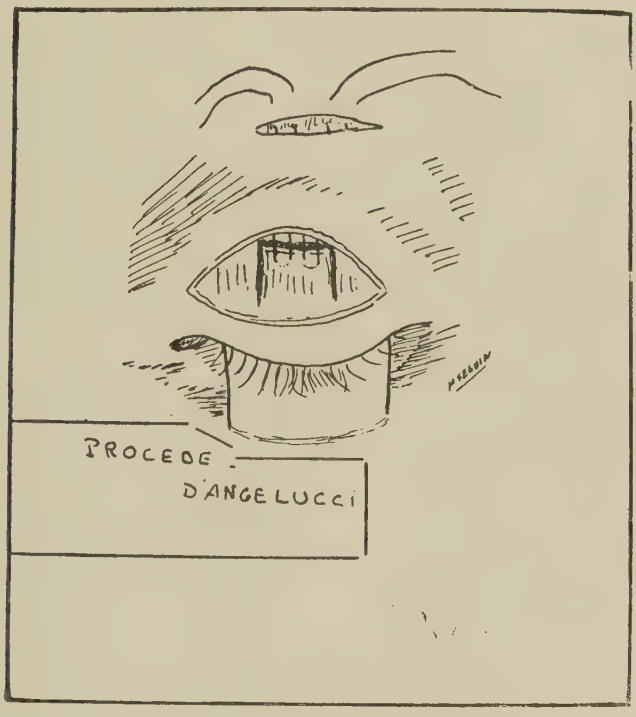


(FIG. 3)

A remarquer que le tissu employé est celui-là même qui est dépourvu de toute tonicité ; l'anastomose avec le frontal est insuffisante et le procédé ne conviendrait qu'aux ptosis légers et dans lequel le releveur est relaché non paralysé.

Sourdille modifie ce procédé préférant pour ces dernières raisons et aussi par esthétique, pour conserver le sillon orbitopalpébral si nécessaire à l'aspect du visage, aller chercher le tendon dans l'orbite.

Après incision, il met à nu le ligament large des paupières le septum orbitaire qu'il sectionne sur 1 à 2 cm. Il voit alors le releveur, le charge sur un crochet puis le saisit par une suture, avant de le sectionner. Les fils de suture l'attireront ensuite vers le haut pour l'anastomoser au frontal par un tunnel creusé sous le sourcil.



L'opération de Sourdille est une amélioration du procédé d'Angelucci, mais la force de réaction est prise à la racine de la paupière et non à son bord libre. Toute la paupière agit donc comme une masse inerte, passive, ne participant point en propre au mouvement. Enfin le point d'application de la force est minime par rapport à la surface du corps palpébral à soulever, donc hypocorrection.

Pour parer à cet inconvénient :

Terrien recommande de prendre non seulement le releveur mais son tendon et le feuillet de l'orbiculaire qui le recouvre ; il amarre cette attache à la lèvre supérieure d'une incision sourcilière ; créant ainsi une suspension très courte et d'une résistance douteuse. D'autre part, le point d'application de la force d'élévation reste toujours fixé au bord supérieur de la masse à entrainer.

C'est pour cette raison que :

Blascowicz combine l'avancement du releveur à une résection partielle du tarse. Il procède par voie postérieure : après éversion de la paupière, il incise le long du fornix à 2 mm du bord convexe du tarse. La conjonctive est traversée de 3 fils doublement armés, puis 3 points traversent le releveur de la paupière supérieure. Le muscle est sectionné après avoir noué sur lui les 6 fils conjonctivaux. Il résèque ensuite une partie supérieure du tarse, puis les fils conjonctivaux sont passés et noués en avant du tarse.

Pour maintenir ensuite le pli palpébral à son niveau normal, Blascowicz, fut appelé dans des interventions ultérieures à le suturer par trois points au muscle raccourci. (1)

Pour Duverger et Velter ce mode opératoire ne peut s'appliquer qu'aux cas de ptosis incomplets.

Il est cependant prôné par de nombreux auteurs **(Lindner) Klykowa** et **Tokareva** qui ont opéré vingt quatre cas. **Igershe.mer** le trouve excellent, sauf lorsque le releveur est représenté par une bande de tissu conjonctif dans les formes congénitales. Il faut alors adjoindre une opération de **Hess**. Cette critique est juste : trop souvent en effet, on trouve un releveur défectueux que l'on découpe artificiellement dans l'aponévrose orbitaire.

(1) Von Blascowicz, société d'ophtalmologie de Heidelberch, réunion du 6 au 8 août 1938. In annales oculistiques 1929, page 163.

Ruedeman a aussi employé le procédé de Blascowiez avec succès.

Goldefer et **Bouchmitch** ont opéré par cette méthode légèrement modifiée, dix cas de ptosis avec résultats excellents.

3.) UTILISATION DES TISSUS DE LA PAUPIERE AUTRES QUE LE RELEVEUR

L'idée est la même : chercher un support qui unisse la paupière au muscle occipito-frontal.

On utilise pour cela :

1. LA PEAU DE LA PAUPIÈRE

par des fils.

Suture après incision cutanée ; selon **Gérard** et **Detroy (1)**.

Quatre crins de Florence en U très allongé sont passés avec une aiguille de Reverdin à 1 cm 1/2 au-dessus du sourcil jusqu'au voisinage du bord libre :profondément à travers le muscle frontal en haut, plus superficiellement en bas sur l'orbiculaire à partir du sourcil. Les chefs supérieurs sont noués sur un bourdonnet de gaze par un nœud progressivement serré de manière à doser l'effet obtenu.

La pose des fils a un double but :

1.) obtenir la correction cherchée ;

2.) créer un trajet cicatriciel qui maintiendra la paupière en place.

On reproche à ce procédé de longues suppurations nécessaires pour obtenir le trajet cicatriciel.

Le procédé de **Dransart** (1880) est plus compliqué mais basé sur le même principe : c'est la suture après excision cutanée.

---

(1) Von Blascowicz, société d'ophtalmologie de Heidelberch, réunion du 6 au 8 août 1938. In annales oculistiques 1929, page 163.

Ces procédés sont insuffisants : le ptosis se reproduit plus ou moins tard, la traction exercée par les fils n'étant pas suffisante. Plus heureux est le procédé de **Hess** (1893), il se fait en cinq temps :

1er temps : Incision du sourcil profondément et sur toute son étendue.

2ème temps: Dissection de la paupière en 2 plans sur toute sa hauteur et toute sa longueur.

3ème temps: Pose des fils qui vont de 5 à 6 m/m du bord libre jusqu'au frontal à 1 cm ou 2 du sourcil.

4ème temps: Serrage de fils.

5ème temps :Fermeture de la plaie du sourcil.

Quelle est l'originalité de ce procédé ?

Il introduit une notion nouvelle : rechercher un point d'appui, non point à l'incision sourcilière, mais au-dessus (allongeant ainsi la force de traction) D'autre part, ce point d'appui inférieur s'exerce non plus sur le bord supérieur du tarse, mais près du bord inférieur de celui-ci et englobe dans les trajets cicatriciels recherchés toute la surface tarsienne.

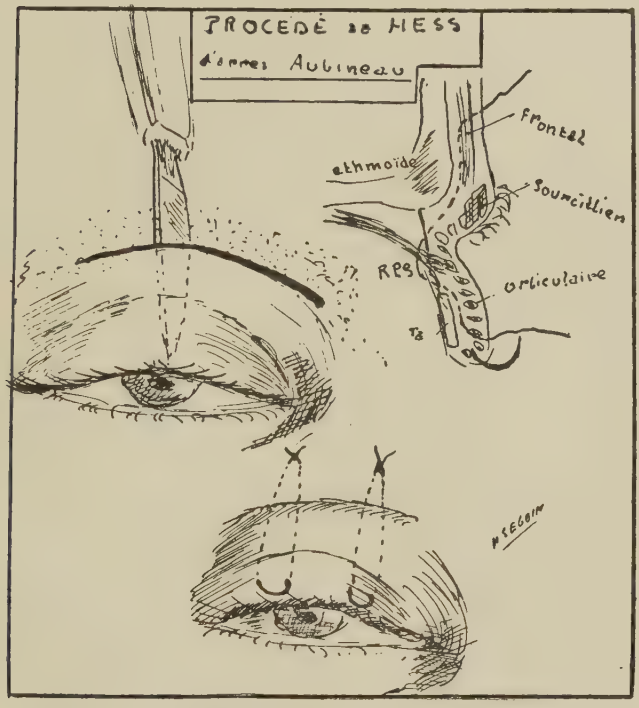
Par contre, le trajet cicatriciel formé par un fil est bien frêle pour la masse à soulever.

C'est un procédé plastique car il n'utilise pas seulement le trajet cicatriciel du fil, mais aussi la cicatrisation de deux plans disséqués dont l'antérieur a glissé sur le postérieur.

Un reproche que l'on pourrait faire serait d'utiliser le seul plan prétarsal comme position d'élévation ;il risque ainsi de créer un ectropion secondaire.

Aubineau qui a adopté ce procédé avec succès insiste sur la nécessité de faire ressortir les fils de traction très au-dessus du sourcil. Il attribue à ce moyen le pouvoir d'éviter la formation d'un ectropion. Nous croyons plutôt que ce faisant, il allonge les

moyens de suspension de la paupière, assurant une fixation non plus localisée mais allongée et par là, renforcée.



Le procédé de Hess, qui offre des avantages certains, peut-il être retenu ? Nous pensons malgré tout qu'il doit être insuffisant et c'est en effet le jugement du temps depuis qu'il fut proposé par son auteur. Mais modifié comme nous l'indiquerons il doit offrir des avantages importants qui en résumé sont les suivants :

a) attache au-dessus du sourcil,

b) attache double et non plus unique.

Les procédés qui vont suivre ont fait époque dans l'histoire du ptosis. Ce sont ceux de **Panas, Macheck, Poulard** et **Duhamel**.

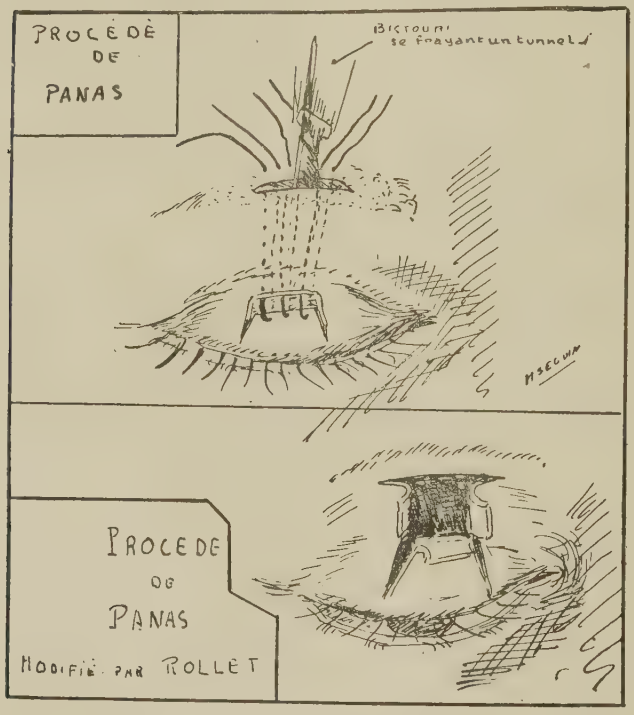
PROCEDE DE PANAS

Cherchant à relier la paupière au frontal, **Panas** abandonne les fils et plus solidement tache d'anastomoser de façon directe la peau de la paupière et le muscle occipito-frontal, cela en trois temps.

1er temps : Taille d'un lambeau pédicule (Voir fig.)

2ème temps: Incision du sourcil.

3ème temps: suture.



Son gros inconvénient réside dans la déformation de la paupière. La cicatrice apparente est disgracieuse. Et encore une fois, la traction se fait sur la peau seule, se désintéressant du bloc tarso-conjonctival. Ses inconvénients esthétiques ont fait abandonner le procédé de Panas, pourtant bon du point de vue

fonctionnel, puisque Terrien avait cru pouvoir en dire que « c'est le seul qui donne des résultats satisfaisants ».

Dianoux en fait cependant une longue critique dans les « Bulletins et Mémoires de la Société Française d'ophtalmologie en 1886 ». Le procédé de **Rollet** est une Blépharo pexie à ciel ouvert qui ne diffère de celui de Panas que par le fait que l'anastomose entre peau et frontal est faite plus facilement et sous le contrôle de la vue, cela en réunissant les deux incisions de Panas par une incision verticale. (1)

Le procédé de **Machek** par languette latérale dérive du procédé de Panas dont il n'est qu'une variante par dédoublement palpébral.

« Il circonscrit par deux incisions palpébrales paralleles une bande cutanée horizontale de 6 mm de hauteur, puis il sectionne cette bande verticalement en son milieu ; il en résulte deux lambeaux ; l'un à la base externe, l'autre à base interne dont les extrémités libres sont passées sous la paupière et insérées sous le sourcil ». (2) Ce procédé est justifiable à la fois des critiques du procédé de Panas et de celles du procédé de Poulard dont il ne diffère que par la largeur des lambeaux latéraux. (3)

PROCEDE DE POULARD

C'est le relèvement en quatre temps de la paupière à l'aide de cordons cutanés pédiculés :

1er temps : Taille de deux petits lambeaux au-dessus du bord libre de la paupière ; ces lambeaux restant pédiculés.

2ème temps : Incision au-dessus du sourcil et tunnel passant sous le sourcil.

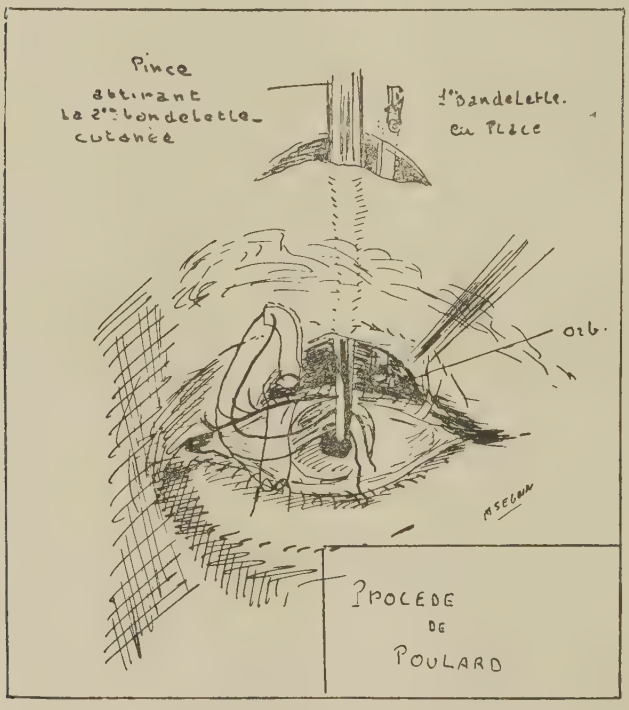
---

(1) Thèse Barsotte Lyon 1923-1924.
(2) Analyse in revue générale d'ophtalmologie 1914, page 239.
(3) Aubineau : annales d'oculistique.

3ème temps: mise en place des attaches cutanées supérieures.

4ème temps: fermeture des incisions frontales et palpébrales.

Les reproches qu'on peut lui faire concernent la nature des attelles choisies pour suspendre la paupière.



Terrien et bien d'autres opérateurs signalent l'existence de kystes ou d'abcès circonscrits.

Pour Terson cette critique est aussi valable pour le procédé de Panas, il faut lui reprocher les résultats incertains par relachement des points cutanés.

Afin d'y répondre **Darier** a utilisé au lieu de la peau qui est sans tonicité, des languettes taillées dans

l'orbiculaire même ; mais la minceur et l'élasticité naturelle de ces attelles musculaires exposent à un relachement.

Dans les techniques précédentes, on a utilisé la peau ou le muscle orbiculaire pour unir la paupière au muscle occipito-frontal.

Duhamel a imaginé en 1919 d'utiliser les vaisseaux

Procédé de Duhamel :

Il utilise la petite arcade veineuse qui serpente dans le tissu cellulaire sous-cutané au-dessous du rebord orbitaire sous lequel il pratique son incision, puis il isole l'arc veineux sur trois centimètres et fixe au tarse les deux extrémités de ce segment au bord inférieur du muscle frontal et le sommet de l'anse veineuse au tarse (bord supérieur), résection d'un triangle cutané, suture.

Ce procédé très original infiniment ingénieux n'est pas tombé dans le domaine pratique ; il doit être insuffisant et lui aussi n'exerce sa traction qu'à la partie supérieure du tarse. Il ne s'est pas généralisé.

4. UTILISATION DU MUSCLE DROIT SUPERIEUR

C'est le procédé de Motais-Parinaud et sa variante par de Saint-Martin ; c'est enfin le procédé tout récent de Nida.

PROCEDE MOTAIS-PARINAUD

en quatre temps

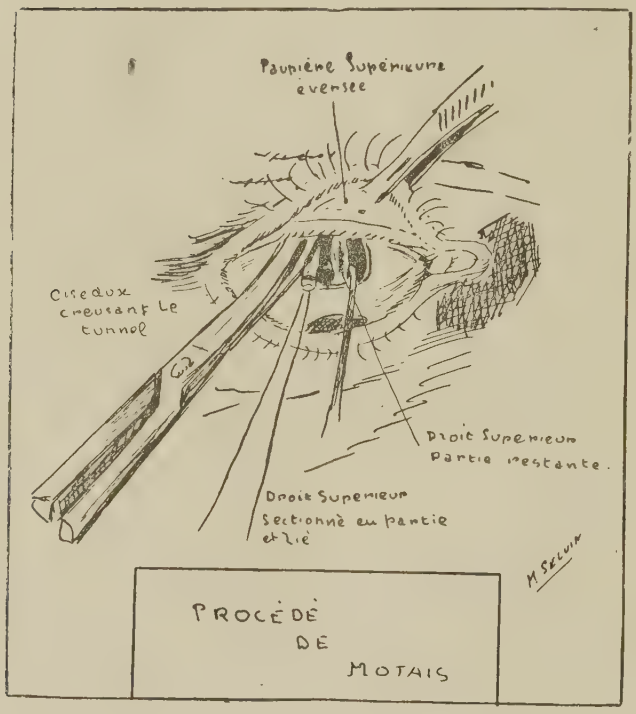
1er temps : Découverte du tendon du muscle droit supérieur, éversion de la paupière, incision en T renversé.

2ème temps: On charge le droit supérieur sur un crochet, on passe sur une aiguille une soie assez grosse à 2 m/m de l'insertion mus-

culaire de manière que le nœud n'enserre que la moitié du tendon dont on sectionne la partie correspondante.

3ème temps: Passage des fils dans le tunnel. Serrage On creuse un tunnel dans la paupière jusqu'au bord inférieur du tarse.

4ème temps: Passage des fils dans le tunnel. Serrage de ceux-ci ressortis à la peau après avoir cheminé entre cette dernière et le tarse. On a auparavant suturé la conjonctive.



Bardelli a trouvé une variante qui consiste à prendre deux languettes dans le droit supérieur au lieu d'une.

On a fait à ce procédé de graves reproches.

1.) Des lésions cornéennes par lagophtalmie. Dianoux en 1900, Laurent en 1901, Delpèg en 1901, Gendron en 1904, Dickson-Bruns 1905 et enfin Terrien ont signalé ces ulcères graves de la cornée par lagophtalmie.

Cette complication est à vrai dire commune à tous les procédés ; aussi les complications sont-elles signalées dès que chaque procédé commence à être diffusé. La prise de précautions préalables (surveillance et emploi de pommade) a raréfié ces cas de lagophtalmie.

2.) Insuffisance du procédé

Pour Duverger et Velter, elle serait due aux seuls opérateurs, mais ils recommandent cependant d'avoir recours au procédé de Gillet de Grandmont comme complément ultérieur.

3.) Plus grave encore serait la diplopie ; elle est constante de l'aveu même de Motais, mais transitoire car l'œil s'adapte. Elle n'en constitue pas moins une gêne importante.

Le procédé de Motais a eu un retentissement énorme dans certains cas, le résultats en sont parfaits. La grave objection est que ces résultats ne se maintiennent pas toujours et par la suite la paupière a tendance à s'abaisser.

Cependant les autres objections qui ont été faites sont valables.

Morax en 1901, à la Société d'ophtalmologie de Paris reprochait les conséquences facheuses de l'anastomose des deux élévateurs dans les mouvements d'occlusion de la paupière et justifiait son opinion par la présentation d'une opérée.

Sourdille a insisté sur la dissociation et sur l'opposition des mouvements de paupières et du globe dans deux actes physiologiques importants: le clignement et l'occlusion palpébrale pendant le sommeil.

Aussi le procédé de **Motais** n'est-il pas sans inconvénients. On peut lui reprocher aussi d'utiliser un muscle comme attelle à la paupière et en cela offrir un moyen de soutien élastique par nature. L'avantage d'unir l'action physiologique d'un muscle élévateur du globe et de lui faire assurer le remplacement du releveur palpébral est contre balancé par l'insuffisance du tissu employé.

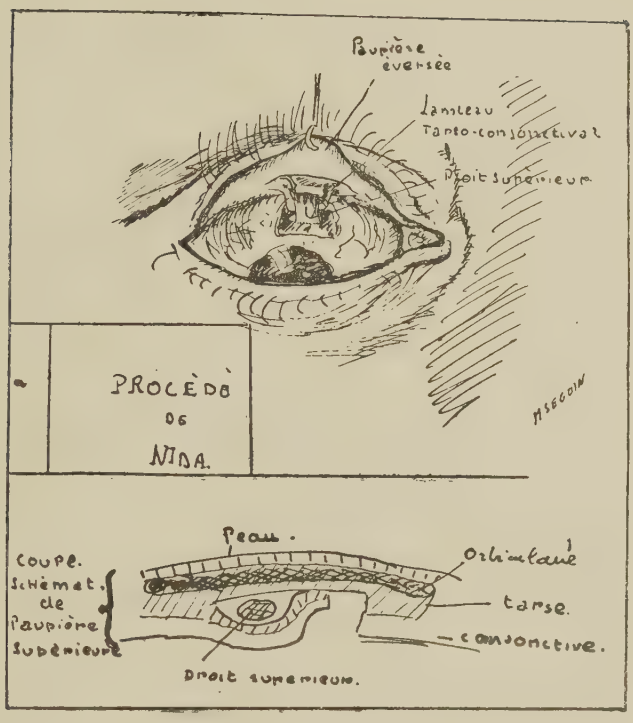
En somme, le droit supérieur a été prévu pour mouvoir le globe oculaire et on lui donne le poids supplémentaire de la paupière supérieure.

Pour assurer ce surcroit de travail, on le partage en deux et on recherche la suspension de la paupière par les fibres divisées d'un muscle élastique. Il y a tout lieu de craindre l'hypocorrection par la suite et c'est en effet ce qui se produit assez souvent.

Nida a trouvé un moyen infiniment élégant d'éviter la diplopie :

» Je glisse sous le tendon du droit supérieur une » mince languette tarso-conjonctivale disséquée au » bord supérieur du tarse que je laisse adhérente d'un » côté et que je suture de l'autre au voisinage de sa » place initiale. Le bord libre de la paupière supérieure » est définitivement remonté au niveau qu'il doit occu- » per normalement dans la position horizontale du re- » gard et suit le globe dans ses mouvements d'éléva- » tion et d'abaissement sans s'accompagner de diplo- » pie » Société ophtalmologie de Paris. Présentation de malade, séance 15-XII-28.)

A part la diplopie, qui, ici n'existe pas les critiques sont les mêmes que celles du procédé de Motais. Cependant Bourguet, Dinulesco et Nesteano présentent le 12-11-40, à la Société Roumaine d'ophtalmologie de Bucarest, deux malades opérés par le procédé de Nida avec excellent résultat cosmétique et physiologique.



Critique Générale de ces Procédés

Dupuy Dutemps, critiquant le procédé de Poulard estimait que le plus difficile était d'obtenir non un résul tat immédiat, mais permanent. C'est, en effet, le pre mier reproche que l'on peut faire à toutes les méthodes que nous venons de rappeler. Il est évident qu'elles comptent d'incontestables succès, mais cependant ceux-ci ne sont pas la règle, d'où la multiplicité des méthodes.

La multiplicité des procédés proposés témoigne de leur insuffisance. (Terrien)

Or, qu'elles sont les données du problème ?

Il s'agit de relever la paupière supérieure qui offre une certaine masse inerte. Le poids de cette paupière subissant les lois de la pesanteur entraine la fermeture partielle de l'ouverture palpébrale.

Il est inutile de traiter le problème par les données de la mécanique. Nous avons affaire à des tissus souples et élastiques, plastiques, c'est-à-dire déformables. On ne saurait donc parler de leviers en traitant des moyens proposés pour relever ce voile musculo-membraneux pesant qu'est la paupière, puisqu'il n'y a pas le point d'appui ; ni la rigidité nécessaire ?

On ne saurait non plus déterminer les forces nécessaires pour contrebalancer l'effet d'abaissement par un calcul arithmétique. La position de cette paupière est elle-même sujette à des variations dans le temps, par l'action de l'orbiculaire dont la contraction exagère l'occlusion de la fente palpébrale. Ce facteur dynamique à lui seul suffirait pour rendre vaine toute évaluation physique rigoureuse.

Afin d'obtenir l'élévation de la paupière, on a deux procédés :

a) Ou bien modifier la paupière elle-même dans sa hauteur,

b) ou bien la relever et la fixer dans une position d'élévation.

(A) Les modifications de la paupière.

sont réalisées par les procédés d'excision (Celse, Boyer, Denouvilliers, Gillet de Grandmon, Alexander).

Ils ont le grave défaut d'entraîner une inutilisation définitive de la paupière ,dont le jeu est fixé une fois pour toutes. L'occlusion en partiulier est difficile ou si elle se fait, c'est au prix d'une hypocorrection. De De plus ces procédés contraignent à des cicatrices cutanées.

Seul le procédé de Gillet de Grandmont est à retenir

A propos des ptosis légers, Duverger et Velter le recommandent comme complément de l'opération de Motais, soit pour en corriger l'insuffisance de résultat, soit pour faire disparaitre la diplopie.

Ces procédés purement automatiques, ne tiennent pas compte du jeu physiologique de la paupière. On peut surtout leur reprocher de ne donner que des résultats insuffisants ou bien d'entrainer de trop grandes mutilations de la paupière.

B. Les procédés de fixation de la paupière.

Aussi devant l'insuffisance des méthodes d'excision a-t-on cherché à obtenir la correction de la ptose palpébrale par un procédé plus physiologique et par là plus élégant. Il fallait accrocher la paupière à quelque chose. Ce quelque chose est : soit le muscle sourcilier ou le muscle occipito-frontal, soit le droit supérieur.

Au muscle sourcilier, Angelucci, de Lapersonne, Blascowicz, Sourdille, Poulard, Darier, Panas, Machek ont accroché la paupière.

Ont recours au muscle frontal : Hess, Duhamel.

S'adressent au droit supérieur : Motais-Parineau, Nida.

On peut, en effet considérer que les procédés arrêtant leur insertion supérieure au sourcil, tel le procédé d'Angelucci, malgré leur prétention à mettre la paupière en rapport avec le muscle frontal, n'utilisent en effet que le muscle sourcilier.

Or celui-ci n'a pratiquement qu'une très faible action d'élévation de la paupière. Son jeu physiologique vis-à-vis de celle-ci est très réduit. Ses fibres couchées dans le sens horizontal et les insertions de l'apophyse orbitaire interne à la face profonde de la peau, ne le prédisposent qu'à un jeu de mimique, mais sont sans effet moteur pour la paupière.

Il semble donc bien que tous ces procédés arrêtant leur insertion supérieure au sourcil n'utiliseront

qu'imparfaitement le muscle frontal ou pas du tout.

Leur anastomose avec le muscle sourcilier est sans valeur physiologique.

En conclusion, le point d'insertion idéal est non pas au sourcil mais **au-dessus** du sourcil.

Enfin les procédés de Motais et Parinaud et Nida, ayant recours au droit supérieur constituent des cas très particuliers relevant d'une toute autre inspiration très physiologique.

Où les procédés diffèrent considérablement, c'est à propos de la nature du tissu qui va mettre en relation la paupière et le point d'attache supérieur (Muscle sourcilier ou frontal).

Panas, Poulard, Machek utilisent la peau. Nous avons vu les reproches que l'on peut faire à ce choix, le principal est que la peau constitue un tissu déformable et élastique, et que ce moyen de contention peut être insuffisant. D'autre part, il n'est pas sans inconvénient d'enfouir la peau.

Se servir d'un muscle orbiculaire comme Darier ou de l'arcade veineuse orbitaire comme Duhamel est justifiable du même reproche, aggravé par le fait que les muscles sont encore plus extensibles que la peau et par là plus disposés à relacher leur traction.

C'est accrocher un poids lourd avec de frêles attaches et la contention de la paupière ne saurait se maintenir bien longtemps.

On a imaginé alors d'utiliser le releveur palpébral lui-même. Aussi les procédés d'Angelucci, Sourdille, de Lapersonne, recherchent le tendon du releveur dans la paupière ou dans l'orbite par voie antérieure ou postérieure afin d'en faire l'avancement ou le fixer au sourcil.

On peut reprocher à ce tissu d'être lui-même trop souvent inexistant ou réduit à une bande de tissu con-

jonctif sans tonicité suffisante, comme dans le ptosis congénital.

Si la qualité du tissu employé est souvent douteuse, elle constitue cependant déjà une amélioration certaine sur les matériaux d'anastomose utilisés dans les techniques précédentes.

On peut encore faire un reproche à ces procédés en particulier à celui d'Angelucci.

Il intéresse le point d'insertion inférieur. On demande au releveur ou à une bande d'aponévrose orbitaire, découpée en respectant son insertion tarsienne, d'enlever le poids de toute la paupière. Or cette bande est fort courte et elle doit tirer sur une paupière étalée horizontalement comme la base horizontale d'un T renversé. Le point d'insertion, qu'il s'applique à la partie supérieure ou inférieure du tarse, ne saurait modifier la force nécessaire pour soulever le bloc fibro-musculo-cutané de la paupière.

Par contre, l'action de cette force est mal répartie, s'exerçant sur un point et négligeant les angles externes et internes du tarse, dont la rigidité est relative. Il peut en résulter une déformation en V, ou, si la traction n'est pas directe, un ectropion de la conjonctive.

Il serait nécessaire, pour obtenir une meilleure répartition des forces efficientes d'enlever le bloc palpébral dans sa totalité et non par son seul milieu. C'est ainsi que de Saint-Martin a proposé une fort judicieuse modification du procédé de Motais. Enfin l'adhérence entre l'attelle aponévrotique et le tarse est limitée à la base d'implantation de celle-ci ; l'hypocorrection peut en résulter.

En résumé, nous pouvons considérer que le procédé utilisant les anastomoses avec le frontal qui serait sinon idéal du moins le plus logique devrait réunir les qualités suivantes :

1.) Prendre son point d'insertion supérieure au

muscle frontal qui a un rôle physiologique certain dans l'élévation de la paupière.

2.) S'insérer intimement en bas, non sur le bord supérieur du tarse, mais sur toute sa longueur et non sur sa seule partie médiane.

3.) Utiliser un tissu résistant et souple, non extensible d'une longueur suffisante pour répartir la charge à soulever.

CHAPITRE IV

LES PROCÉDÉS
DERBY-DICKEY — MAGNUS — BROWN — HAMMS

LE PROCÉDÉ CORCELLE

Afin de satisfaire aux différentes exigences exposées en conclusion du chapitre précédent, notre ami le Docteur **Corcelle** séduit par l'idée de **G. S. Derby** et de **Dickey** utilisant une bandelette de fascia-lata a imaginé un procédé qui fait appel au même tissu aponévrotique.

Déjà **Komoto,** en 1912, avait imaginé d'utiliser deux languettes cutanées empruntées à la peau du bras. Son procédé se rapprochait de celui de Poulard.

Georges **S. Derby,** utilise une bandelette defascia-lata. Il eut été d'un intérêt considérable pour nous de nous procurer la publication princeps du chirurgien américain. Les si tragiques événements que nous traversons sont venus mettre leur marque sur notre modeste travail car ils nous ont empêché de nous procurer l'article de G. S. Derby.

Nous avons dû nous contenter de deux relations totalement différentes d'ailleurs : l'une émane d'un remarquable traité d'ophtalmologie dans lequel Duverger et Velter ont écrit :

« Une bande aponévrotique prélevée sur le fascia-lata est introduite par une incision faite sur le bord libre de la paupière supérieure jusqu'au tarse ; les deux branches de ce lambeau passant par des tunnels verticalement ascendants sont amenées au-dessus du sourcil et suturées très profondément au voisinage du périoste ».

Par ailleurs, nous avons retrouvé dans les annales d'oculistiques de 1938, une analyse de l'article de G. S. Derby, paru dans le « American Journal » of Ophtalmology, volume II, n. 5, mai 1938; page 352 :

1. « Incision cutanée jusqu'au tarse sur toute la lon-
» gueur de la paupière. Dissection de la lèvre supé-
» rieure.

2. » On creuse à l'aide d'un long bistouri à deux tran-
» chants deux tunnels sous-cutanés ; l'un vers l'ex-
» trémité interne, l'autre vers l'extrémité externe de
» la paupière et qui passent tous les deux sous le
» sourcil pour s'ouvrir à la peau du front.

3. » On taille à la cuisse un morceau de fascia-lata lar-
» ge d'environ un centimètre et long de 8 à 9 cm. et à
» l'aide de deux pinces introduites par chaque orifi-
» ce supérieur des tunnels palpébraux, on attire les
» deux extrémités de la bandelette fibreuse dont le
» ventre forme une sorte de hamac et dont les deux
» pointes sont suturées au frontal. On referme ensui-
» te l'incision palpébrale au-dessus du hamac du
» fascia-lata »

Il existe dans les annales d'oculistique de 1938, une note concernant un article paru en aout 1936 dans : (The British Journal Of Ophtalmology) « Correction of ptosis by two stripps of fascia-lata » par J.A. Magnus, page 450/464. »

Il découpe deux bandelettes de 24 mm sur 3mm de large. Ces bandelettes sont introduites dans deux tunnels sous-cutanés. L'insertion inférieure est près du bord marginal de la paupière supérieure ; l'extrémité

supérieure ressort au niveau du sourcil. On exerce alors la traction jusqu'à la correction voulue et on fixe la bande fibreuse à ce niveau.

Tzitowsky a opéré ainsi six cas dont deux bilatéraux, avec de bons résultats, la transplantation ayant bien pris dans chaque cas. Les malades furent suivis assez longtemps pour montrer que le résultat est durable. Tzitowsky estimait que le fascia-lata transplanté constituerait un tendon prolongeant l'action du muscle frontal pouvant exercer une traction sur la paupière supérieure.

Un autre auteur américain **Dickey. C.A.** prend une bandelette de fascia-lata, la fixe au 1/3 moyen du droit supérieur et la suture ensuite aux tarses ; l'auteur rapporte cinq cas opérés avec succès. (Correction du ptosis par une bandelette de fascia-lata passant dans le droit supérieur. Am.T.Oph. Aout 36, page 660/664.)

Brown et **William C. Hamms** recommandent également une transplantation de fascia lata. En voici la technique : mise à nu du fascia lata, incision verticale résection d'une languette longue de 10 à 15 cm et large de 2 à m/m. On la dépose sur un coussinet de gaze humectée d'eau salée et on y pique une aiguille longue de 5 cm. Prenant dans une pince porte aiguille, une aiguille courbe et fine, armée de soie 000, on s'aide de sa pointe pour pousser le bout de la languette de fascia-lata dans le gros chas de la grosse aiguille. Dès que cette manœuvre est réussie, on pince la boucle du fascia dans une pince à forcèpressure et on en roule la boucle avec plusieurs tours du fil fin de la fine aiguille.

Le fascia étant ainsi préparé, on détend la paupière supérieure en l'attirant en bas au moyen d'un double fil de soie qu'on fait glisser ensuite et respectivement à travers les poignées d'une pince et qu'on pince ensemble après coup dans les mors d'une autre pince. Au dessus du sourcil, on fait une incision transversale de 1cm et à la paupière détendue, on fait deux petites ou-

vertures latérales juxtaposées, mais avec un écart de 1 cm vers l'endroit du pli cutané qui marque normalement la paupière un peu au-dessus du bord tarsal.

La grosse aiguille qui véhicule la languette aponévrotique est poussée à travers l'incision sourcilière, glissée sous la paupière et sortie de son tunnel par une des ouvertures d'incision palpébrales. Elle est aussitôt réintégrée par l'ouverture voisine pour être finalement dégagée du sourcil. Eviter entre temps l'infection de la languette. Les fils de soie fine qui n'ont servi qu'à maintenir la boucle sont déroulés. Les deux bouts sont noués entre eux et soigneusement refoulés sous la peau.

TECHNIQUE CORCELLE

Elle emprunte l'idée de Derby, utilisant comme matériel d'anastomose le tendon du fascia lata.

Elle satisfait aux remarques faites précédemment en utilisant comme insertion supérieure le muscle frontal au-dessus du sourcil et comme insertion inférieure, le bord inférieur du tarse palpébral. Elle utilise un lambeau bifide à double insertion inférieure.

Elle combine une opération de Hess destinée à maintenir les angles palpébraux.

Comment agit-elle ?

Le lambeau de fascia-lata peut être considéré comme l'écrit Tzytowsky, comme le tendon d'insertion du frontal. Il constitue un support fixe et non plastique à la correction donnée à la paupière.

D'autre part, la position de celle-ci est modifiée par la cicatrisation qui suit la dissection de la paupière ; c'est le but de l'association de la technique de Hess, qui permet en outre une correction portant sur l'ensemble de la paupière dans toute sa largeur, lui donnant ainsi

une triple suspension, les forces sont donc multipliées. Il en résulte un allègement sur chaque traction.

L'adhérence du tissu aponévrotique avec la face antérieure du tarse soulève le bloc palpébral dans sa totalité après la cicatrisation. Sa mise en place sur la paupière se fait à ciel ouvert afin de respecter le jeu de l'orbiculaire qui doit assurer la fermeture de la paupière.

Il est possible de doser la correction même dans les jours qui suivent l'intervention. Cette correction obtenue paraît durable, car le tendon fixé au frontal et à la paupière par son tarse constitue un support qui ne se modifie pas dans sa longueur, mais qui au contraire est fixé dans cette position par la cicatrisation secondaire.

Enfin les cicatrices s'effacent rapidement et sont fondues soit avec le sourcil, soit avec le pli palpébral supérieur.

On peut reprocher à ce procédé d'être plus compliqué. Il ne l'est pas plus que le procédé de Motais et peut être exécuté aussi rapidement. Il offre l'avantage de conserver à la paupière une occlusion correcte qui évite les complications cornéennes, une possibilité d'élévation. Il n'expose pas à la diplopie, comme dans le Motais, et peut être employé dans n'importe quelle forme classique, au contraire des procédés utilisant le relèvement palpébral souvent trop insuffisant.

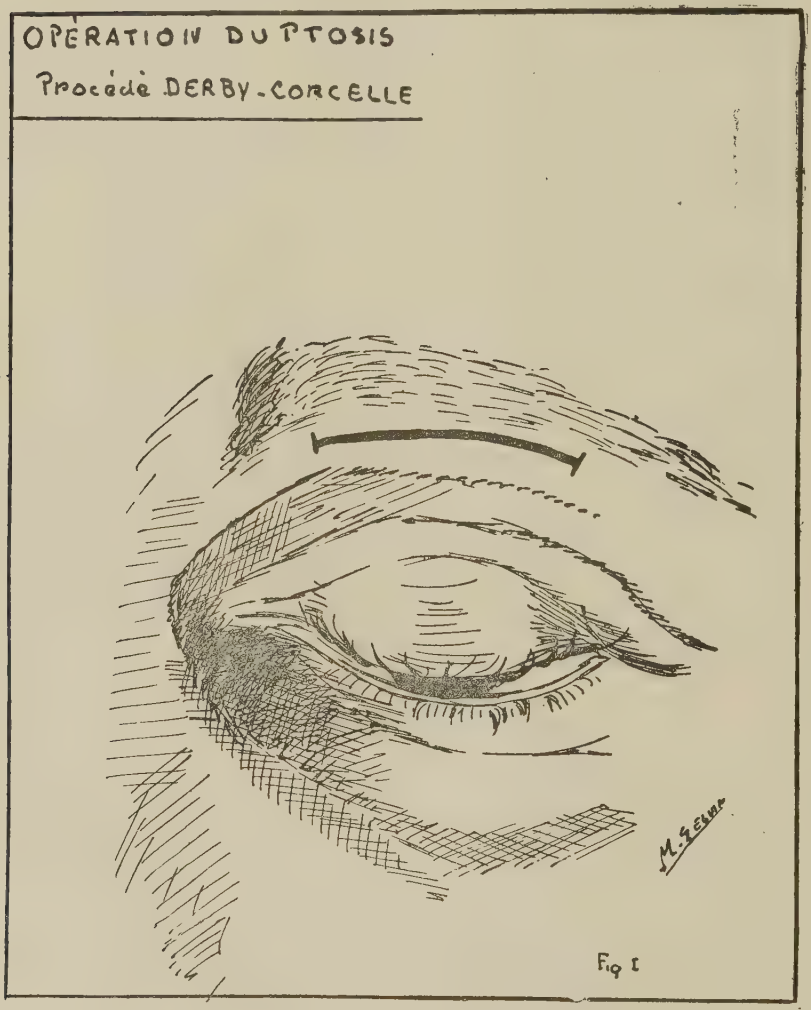
DESCRIPTION DU PROCEDE CORCELLE

L'intervention comprend 6 temps :

1er temps : Une anesthésie locale par infiltration des tissus avec 5 c.c. d'allocaine à 5 % intéresse le sourcil et la paupière.

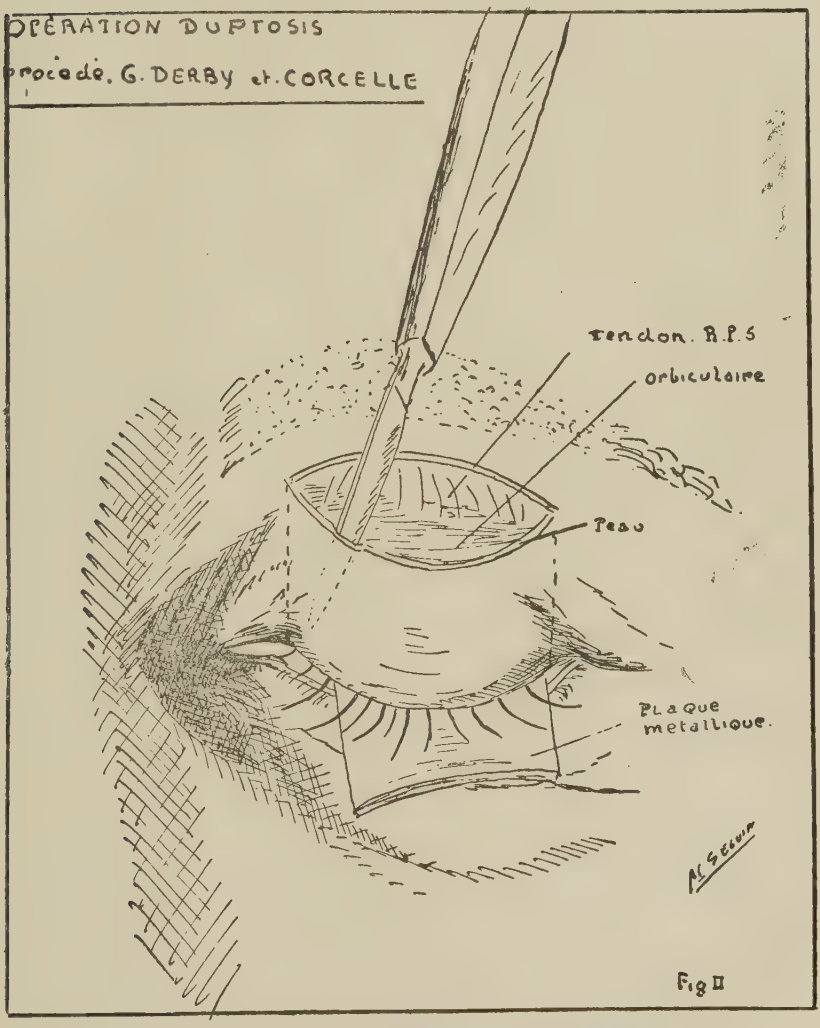
Le sourcil a été préalablement rasé mais son emplacement est soigneusement repéré par deux traits au crayon dermographique à la tête et à la queue.

Le long du bord inférieur du sourcil, on incise sur une longueur de 3 m/m 5 suivant une courbe à concavité inférieure parallèle à la direction du sourcil et intéressant la peau jusqu'au rebord orbitaire. On pratique alors l'hémostase parfaite de la tranche.



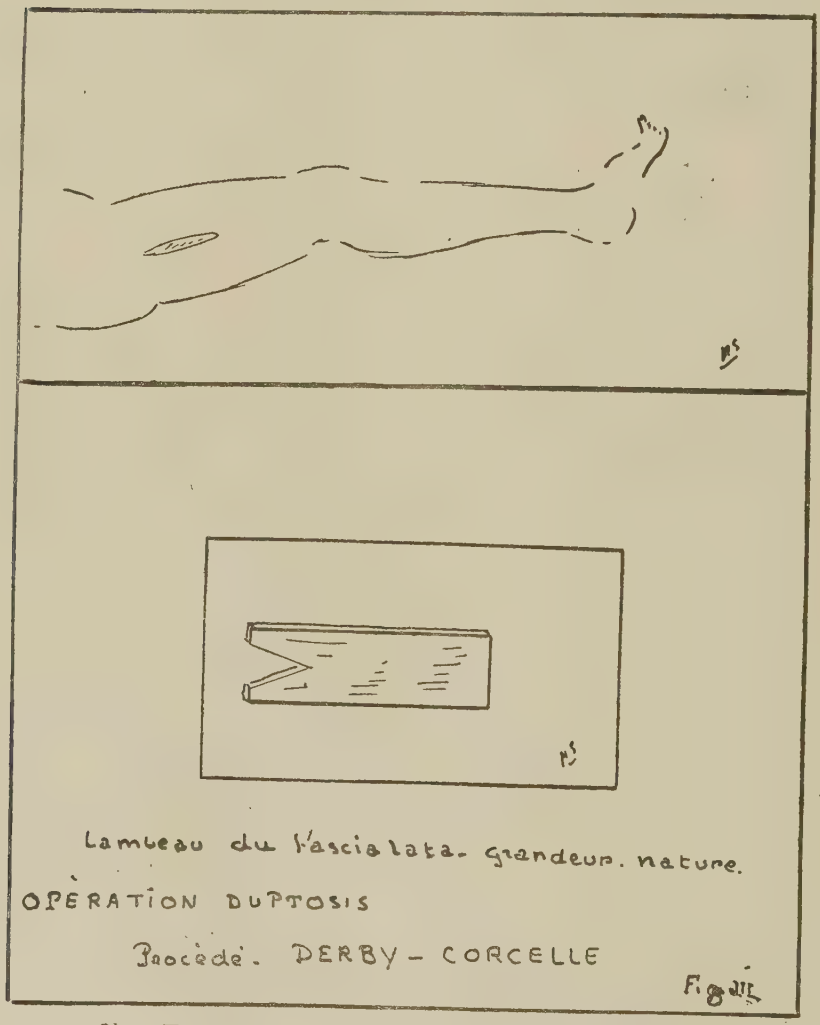
1er Temps — Trace de l'incision

2ème temps : La pointe du bistouri décolle ensuite la peau de la paupière des plans profonds, passant en avant de l'orbiculaire et autant jusqu'au bord marginal de la paupière, ceci sur toute la longueur de l'incision. Pour plus de sûreté, la paupière a été chargée sur la plaque palpébrale. Avec



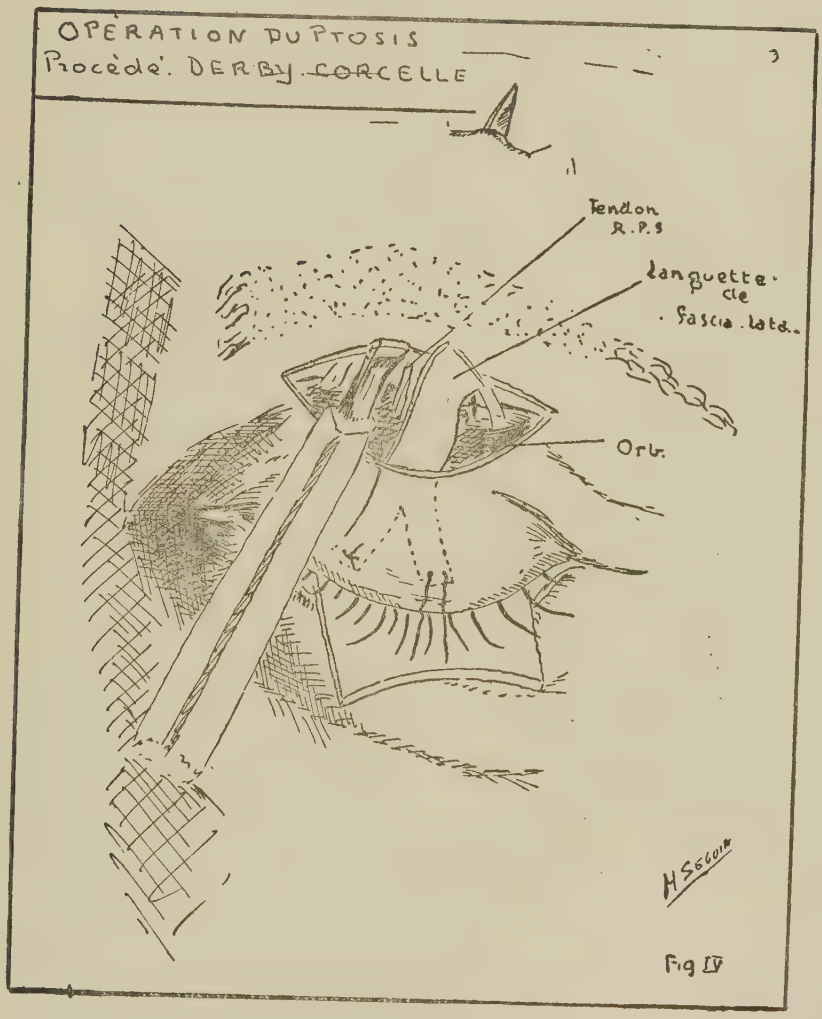
2ème Temps — Dissection de la paupière

la compresse ou l'électrode diathermique ont fait une hémostase complète de la plaie. La paupière est ainsi élevée en deux parties et son plan aponévrotique est exposé dans toute sa surface. On recouvre alors la plaie opératoire avec une compresse et on abandonne la région orbitaire pour prélever le greffon de fascia-lata à la cuisse.



3ème Temps — Relèvement du Lambeau de fascia-lata

3ème temps : Le membre inférieur est placé en rectitude si le sujet est maigre, ou en légère rotation interne si le pannicule adipeux est important.



4ème temps — Tunnelisation du sourcil

Anesthésie locale par infiltration d'allocaine à 5%. Incision au niveau du 1/3 supérieur de la cuisse et sur sa face externe. L'incision à 7 cm

de longueur. Elle intéresse la peau et découvre le tendon nacré du fascia-lata venant se confondre avec l'aponévrose fémorale. Une veine superficielle cheminant dans le tissu cellulaire sous-cutané est souvent rencontrée et liée.

Le tendon mis à nu, on infiltre à nouveau en profondeur, 1 cm d'anesthésique. Puis on découpe au bistouri une languette de tendon qui a 3 cm à 4 cm de long et 1 cm de large. Cette languette est déposée sur une compresse stérile ou dans une cupule avec du sérum physiologique tiède. Les bords de l'incision aponévrotique sont suturés par un sujet de catgut et 2 point isolés. Sutures cutanées aux crins ou agrafes de Michel.

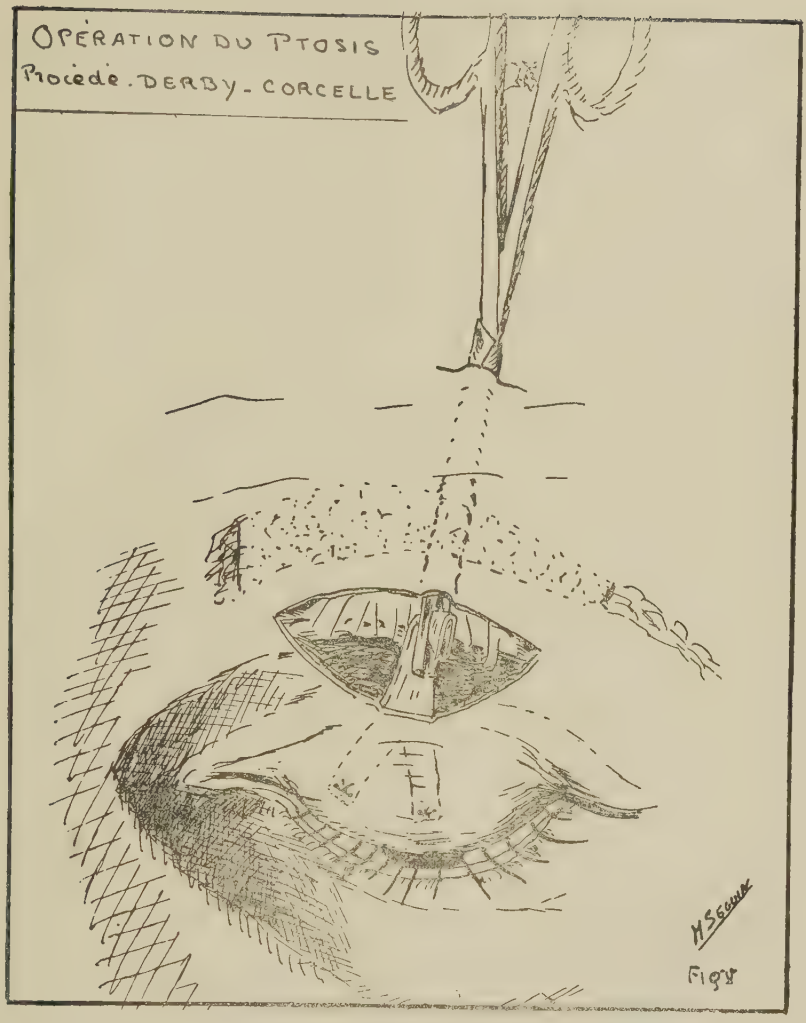
4ème temps : On se reporte alors à la région palpébrale. Le lambeau prélevé est divisé à une extrémité par un coup de ciseau sur 1 cm de longueur. Une soie est passée à chaque extrémité.

Le greffon ainsi préparé est introduit avec une pince dans la plaie palpébrale. Il est préférable de lui frayer un chemin avec la sonde cannélée en la glissant entre l'orbiculaire et le tarse.

Un des chefs du fil, passé à une des deux extrémités est pris par une aiguille fine de Reverdin. Le greffon étant bien médian, on donne une direction latérale, au lambeau inférieur aponévrotique, puis l'aiguille ressort juste au-dessus du bord marginal après avoir traversé la peau. Le deuxième chef du fil est repris par l'aiguille et suit le même chemin. Il est noué sur la peau de la paupière.

On procède de la même façon pour le 2ème pied du tendon divisé en lui donnant une direction latérale, dont l'écartement est symétrique à celui qui a été donné au premier.

Le greffon est ainsi fixé à la peau de la paupière.

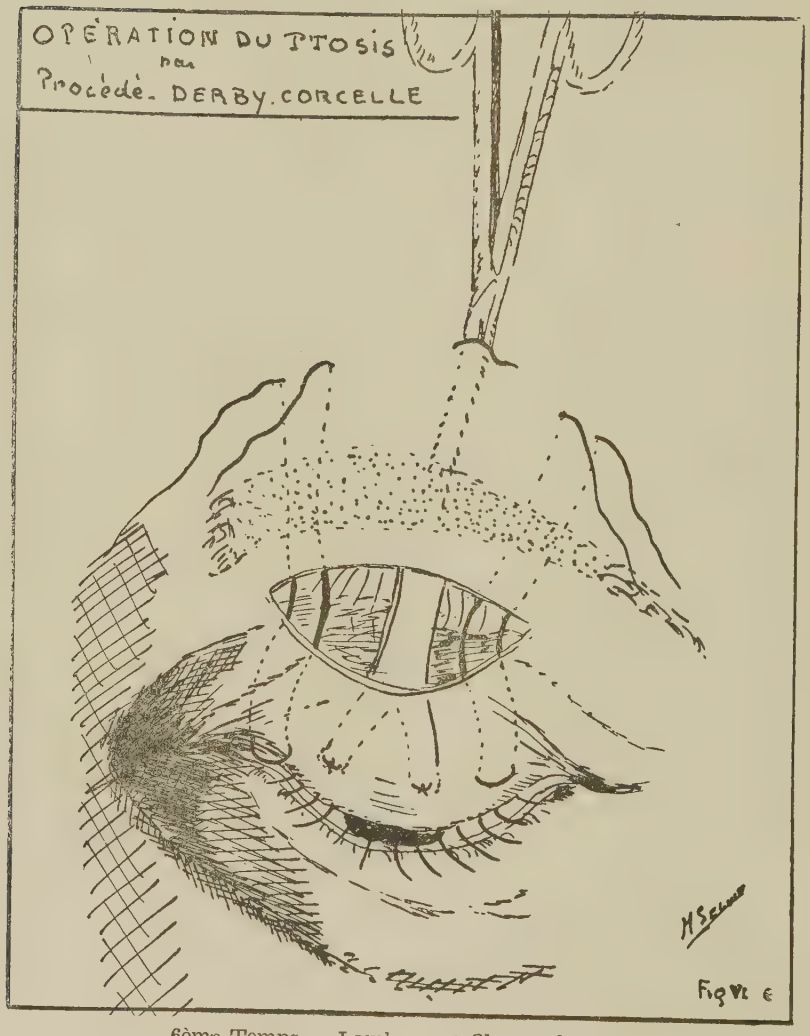


5ème Temps — Mise en place du lambeau de fascia-lata

5ème temps : Le bistouri est alors introduit de bas en haut sous la lèvre supérieure de la plaie. Il traverse les tissus et la peau à 1 cm au-dessus du sourcil. On imprime à l'instrument quelques mouvements de latéralité afin d'élargir la plaie.

Une pince fine est introduite par la boutonnière cutanée, traverse le chef supérieur du greffon, puis l'attire dans le trajet sous-cutané. Le greffon est maintenu avec une pince et n'est pas encore fixé.

On pose les fils latéraux comme dans l'opéra-



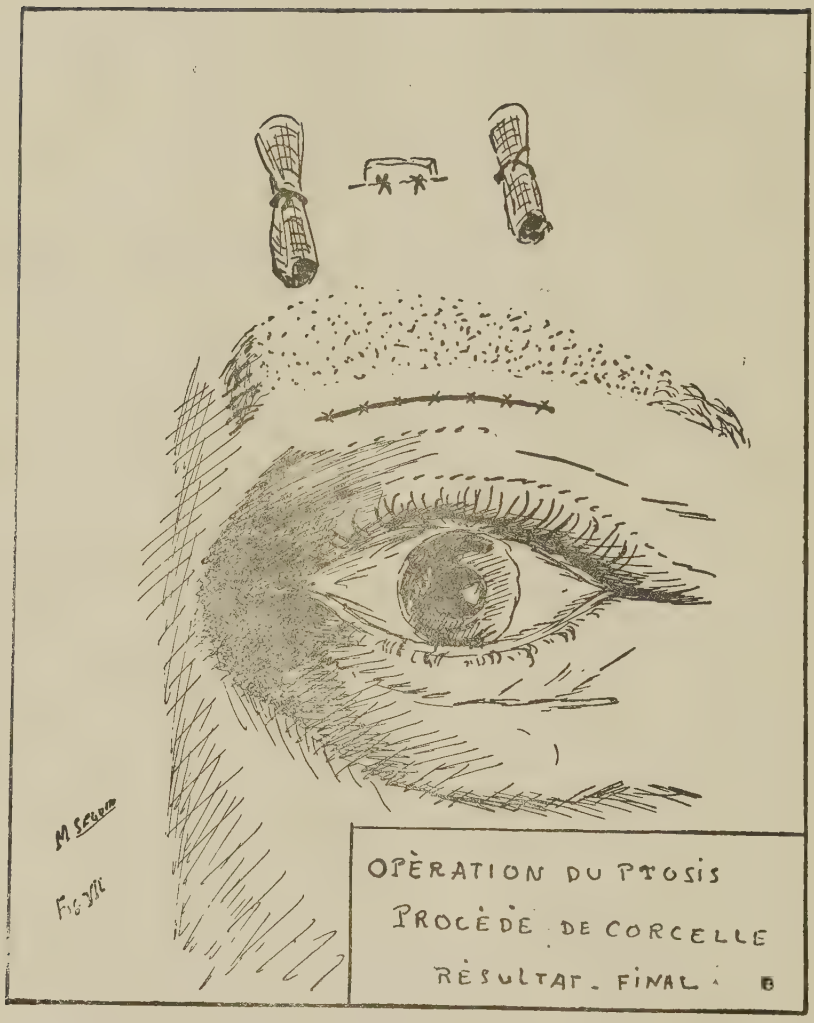
6ème Temps — Lambeau et fils en place

tion de Hess. A cet effet, l'aiguille droite et fine de Reverdin est introduite à l'angle externe de la plaie palpébrale. Elle chemine sur l'orbiculaire de haut en bas et traverse la peau de la paupière au dessus du bord marginal. Elle charge un chef d'une soie noire n. 1 et l'attire vers le haut. L'aiguille est réintroduite de haut en bas à 1/2 cm de son premier trajet. Elle débouche également au-dessus du bord marginal de la paupière et charge le 2ème chef du fil qui est attiré également vers la plaie palpébrale.

L'aiguille est ensuite reprise et pique la peau au-dessus du sourcil sur la même ligne horizontale passant par le point d'émergence du greffon, à 1 cm en dehors. Elle traverse les tissus pour déboucher sous la lèvre supérieure de la plaie palpébrale. Elle charge le 1er chef de la soie et l'attire vers le haut, à 1 cm en dedans, on lui fait suivre le même trajet pour attirer le 2ème chef du fil qui ainsi forme un fil placé en V sur le bord marginal et venant ressortir au-dessus du sourcil. Dans l'angle interne de la paupière on procède de la même façon et un fil vient suspendre l'angle interne en suivant un même trajet.

6ème temps: C'est le temps du serrage des fils. On attire vers le haut le greffon du fascia-lata de façon que la paupière soit relevée jusqu'à ce que son bord inférieur affleure le limbe scléro-cornéen, le découvrant légèrement. Le chef supérieur de ce greffon est alors fixé par une soie, et régularisé d'un coup de ciseau.

On attire également les fils latéraux de l'angle externe et de l'angle interne de façon à donner une position régulière de la paupière. Lorsque la correction est satisfaisante, on les noue sur un bourdonnet de coton. La plaie palpébrale est alors suturée par points séparés. Il est bon de réséquer un très petit lambeau de peau, afin de régulariser la plaie, et assurer une bonne cicatrice.



La cornée est protégée par une pommade à l'aristol. Pendant les 2 premiers jours qui suivent l'opération il convient de renouveler cette pommade matin et soir.

La lagophtalmie est peu à craindre. A la moin-

dre altération cornéenne il serait facile de relalâcher la traction du fil ou du greffon. Nous n'avons jamais observé le moindre incident.

Les fils latéraux sont retirés vers le 9ème jour. Au 12ème, le joint qui maintient le greffon est retiré, et la plaie est régularisée.

Les sutures de la plaie palpébrale peuvent être enlevées dès le 5ème jour. Le malade peut être considéré comme guéri à partir du 15ème jour.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Observation N° 1

M. G. (de Caudecoste) agé de 49 ans.

Il se présente à notre examen le 30 janvier 1939. Il raconte que depuis 4 ou 5 ans, ses 2 paupières supérieures ont progressivement pris l'attitude de ptosis complet qu'elles ont au moment de l'examen.

De plus, depuis 6 mois environ, il est gêné par une diplopie qui s'accentue chaque jour.

Le ptosis bilatéral est devenu tel que le malade doit renverser fortement la tête en arrière pour pouvoir marcher et encore se fait-il conduire, la flexion de la tête et une forte contracture du frontal ne découvrent qu'à moitié la pupille de chaque œil.

Il n'accuse aucun autre trouble neurologique et dit n'avoir jamais été malade.

Il est hospitalisé en vue d'une intervention.

Un examen complet montre que les globes oculaires sont normaux OD.GV = 1.

Dès qu'on relève les paupières avec le doigt, le sujet accuse une diplopie croisée latérale et correspondant à une paralysie du muscle droit interne droit.

Les réactions dans le sang de Meinicke et Kahn sont négatives.

La ponction lombaire montre : albumine 0.60
glucose 0.70
chlorures 8.09
cellule 12.

à la cellule de Nageotte.

Meinicke et Kahn négatives.

Réaction de Pandi positive.

Un examen neurologique est entièrement négatif.

Le 9 janvier 1939 il est procédé à la cure opératoire du ptosis de l'œil droit, le résultat immédiat est parfait et le malade est perdu de vue pendant très longtemps.

Il revient nous voir le 22 juillet 1943 parce que depuis un mois les liquides qu'il boit refluent par le nez et parce que sa voix a changé de caractère (type Rhinolalique postérieur).

A l'examen paralysie totale et bilatérale du voile du palais sans atteinte des autres nerfs craniens, arefléxie complète au niveau des membres inférieurs sans autres signes médulaires, ni névritiques.

Etat général médiocre.

Tension artérielle Mx = 11
mn = 7
indice = 2

En résumé : paralysie du voile d'apparition récente associée à une aréflexie des membres inférieurs par atteinte toxi-infectieuse du neurone périphérique.

L'étiologie précise n'a pu être fixée ; il a été seulement possible d'éliminer la diphtérie car le sujet n'a jamais présenté la moindre angine.

La paupière droite opérée en 1931 a conservé une correction parfaite, elle se ferme facilement.

Le sujet réclame l'opération de l'œil gauche ; il semble cependant qu'il n'est pas utile de donner suite à son désir car la paralysie du droit interne constatée en 1939 persiste toujours et la diplopie reparaît lorsqu'on relève la paupière supérieure.

Le traitement a consisté en vitamine B1 et strychnine. Le malade n'a été revu qu'une fois une quinzaine de jours plus tard.

La voix a perdu son caractère nasonne, la déglutition est plus aisée.

La photographie publiée ne montre qu'imparfaitement le résultat obtenu qui est cependant des plus satisfaisants.

Observation N° 2

Mlle R. Géorgette, agée de 14 ans.

Examinée le 28 aout 1941, elle présente un ptosis congénital qui date de l'enfance.

La tête en position de rectitude, les paupières retombent au devant des cornées au point de les recouvrir presque entièrement.

La malade est obligée de rejeter fortement la tête en arrière et de plisser énergiquement le frontal ce qui lui donne l'air niais, particulier à ces sujets.

Aucun antécédent personnel ou familial. Elle est fille unique et ne présente aucune tare morphologique.

Le 5 septembre 1941 il est procédé à l'opération de l'œil suivant le procédé indiqué.

Le 15 septembre 1941, l'œil gauche est opéré de la même façon.

Depuis la malade a été suivie régulièrement. La photographie publiée montre que le résultat se maintient et reste satisfaisant.

Observation N° 3

M. S. agé de 32 ans, victime d'un accident grave par la chute du haut d'une charrette. Il présente des plaies contuses de la face et un scalp complet du cuir chevelu.

Un chirurgien suture les plaies après épluchage, et deux mois après le malade se présente avec un ptosis qui ferme l'œil droit.

Le 27 février 1943, il est procédé :

1.) à la résection d'un bourrelet de tissu de cicatrice fibreuse qui occupe toute la paupière inférieure.
2.) à la réfection de l'angle interne par greffe pédiculée.
3.) à la correction du ptosis par le procédé indiqué.

Depuis l'intervention, le résultat se maintient malgré la difficulté particulière du cas et le gros traumatisme cutané facial.

Observation N° 4

M. F. agé de 24 ans (Villeneuve sur Lot) présente un ptosis bi-latéral de l'œil droit sans antécédent per-

sonnel ni héréditaire. Ce malade présente un nanisme type Lorrain.

Le ptosis de l'œil droit est complet et en plissant le frontal, le malade ne peut découvrir qu'une partie de cornée insuffisante pour le regard de face.

Il est opéré le 23 août 1943 par le procédé qui a fait l'objet de notre description.

Dès l'ablation des fils, une hypocorrection se manifeste ; en conséquence, un point de suture est replacé au niveau du tendon du fascia-lata qui est retendu en l'attirant avec une pince. Ces fils sont laissés en place 5 jours puis retirés définitivement.

Depuis la paupière a repris la position d'élévation normale que lui avait donné l'intervention. Ce résultat s'est maintenu.

CHAPITRE VI

CONCLUSION

La description de ce procédé et les observations qui la suivent étaient destinées à une publication ultérieure, avec le recul du temps et avec une expérience plus approfondie.

Si des circonstances particulières nous ont obligé à porter notre travail devant le jugement de nos maîtres, il nous a semblé faire œuvre utile car cette publication pourra inciter à de nouvelles observations.

Corcelle pense que son procédé peut rendre des services car il paraît assurer un résultat durable ; quatre ans, deux ans, un an, sur trois interventions la quatrième étant plus récente.

Or, esthétique, résultat durable et bon fonctionnement sont les trois buts particulièrement recherchés par tous les auteurs.

Nous pouvons donc conclure que grâce au procédé Corcelle, basé sur une greffe du fascia-lata, associé à une opération de Hess, les chirurgiens pourront posséder à partir d'aujourd'hui une technique qui semble assurer un résultat esthétique persistant avec un jeu physiologique de la paupière redevenu normal.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Franck Maxime SEGUIN
Lundi 29 Novembre 1943

Vu : *Le Président de la Thèse,*
BEAUVIEUX

Vu et permis d'Imprimer :
Bordeaux, le 10 Novembre 1943
L'Inspecteur de l'Enseignement Supérieur
Recteur de l'Académie,
A. LIRONDELLE

Vu : *Le Doyen,*
M. MAURIAC

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER. — La tarsectomie dans le ptosis incomplet. — Texas State J. of Méd. — 30 décembre 1934, p. 511

E. AUBINEAU (Nantes). — Choix d'une opération dans le ptosis congénital ; technique du procédé de Hess. Annales d'oculistique ; mars 1921, p. 161.

BARDELLI. — Une opération nouvelle pour le ptosis. Bolletino di Oculistica ; Avril 1929, p. 289. (in annales. Oc. 1934 p. 250).

E. R. BARSOTTI. — Traitement du ptosis par la Blépharopexie frontale à ciel ouvert. Thèse Lyon 1923-24 N. 108.

BLASKOVICZ. — Opération du ptosis. Arch. of. opht. 1923, p. 563 ; Arch. of Opht. 1929, p. 672.

BONNET ET POUFIGUE. — Un cas de ptosis opéré par le procédé de Poulard. — Soc. Opht. Lyon. 13 décembre 1932.

BOULANGER ALFRED. — Le ptosis tardif familial. — Thèse Lille, 1923. N. 2.

BOURGUET. — Les paupières tombantes. — Chirurgia plast. I. 1935, p. 107. — R. G. D. XLII 6, p. 322.

BOYER. — Traité des maladies chirurgicales. — Baron Boyer 1816, tome V, p. 261.

BRAUNSTEIN. — Traitement du ptosis. — Klinische Monat fur Ang. Juillet. Décembre 1923, p. 757.

BUTLER R. D. WEDEN. — Lexers Opération For Ptosis (Oxford Opth. Congrès. 6 VII 1939) ; Trans. Ophtalm. Soc. U Kind 59-579-585, (1939).

James B. BRON et Williams G. HAMM — Correction du ptosis et de l'épicanthus. — Arch. Of Opht., N. 6. juin 1932, p. 831-846 (in annales 1933).

Mme Clitandre KRUKOWSkA. — Contribution et l'étude du ptosis congénital héréditaire. — Thèse Paris 1926.

DARIEN. — La clinique ophtalmologique — Octobre 1924.

DARIER. — A propos d'une nouvelle opération du ptosis par suppléance de l'orbiculaire transplanté (Clin. Opht. 15, N. 10, p. 557 563).

DELORME. — Légère modification à l'opération de Motais. — Arch. opht. Juin 1920 p. 353.

DENONVILLIERS et GOSSELIN. — Traité des maladies des yeux 1855, p. 30.

DICKEY CA. — Correction du ptosis par une bandelette de fascia-lata passant dans le droit supérieur. — Am T. Opth., août 1936, p. 660-64.

DUHAMEL. — Application de l'élasticité des vaisseaux au traitement d'un cas de ptosis. — Annales d'oculistique N. 10 Octobre 1919, p. 615.

DUVERGER et VELTER. — Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique page 80, opération du ptosis (in traité opht. Tome VII, p. 156).

FEIN J. — Ptosis opération mit uberpflanzung des fascia-lata. (Rusky oftalmologicesky Zurnal 6, N. 11. p. 1252-129.

FAZAKAS — Opération de ptosis lors de tarse hypertrophié, soc hong. opht., octobre 1937.

FROMAGET. — Ophtalmologie provinciale, 1914, p. 1.

GERARD et DETROY. — Ptosis bilatéral — Opération et guérison — Réunion méd.-chir. des hôpitaux de Lille, du 28 mai 1923, in arch. Opht. 1924, p, 380.

GIFFORD SAUFORD R. (Chicago). — Opération de Machek pour le ptosis — Arch. Opht. Octobre 1932, N. 4 p. 495-502

GILLIES HAROLD. — Expérience with fascia-lata grafts in the opérative treatment of fascial paralysis (Proc-roy. Soc. Méd. 27 1372-1382).

GILLIES HAROLD. — Three cases of facial paralysis treated by temporal muscle graft and fascia-lata control (Proc-roy. Soc. Méd. 27 1382-1383).

GOLDEFER AE et BOUCHMICHDG. — Traitement du ptosis par le procédé de Blascovicz — Vest. Opht. 11-6-1937, p. 824-829.

R. AFLECK GREEVES. — Une opération contre le ptosis congénital — British journal of Opht. décembre 1933. p. 741-745 (In annales 1936 p. 163).

HESS. — Procédé de Komoto — Soc. Opht. de Heidelberg 1893 (in Revue Générale d'Ophtalmologie, 1913 p. 883).

IGERTHEIMER. — Opération de Blaskovicz dans le ptosis. — 3ème soirée clinique de l'Hop. Cenapacha. Istamboul, janvier 1936.

JAENSCH (Essen). — Opération du ptosis. — Klinische Monats blaetter fur Augenheilkunde, p. 183-189, tome LCIV, 1935 (in annales 1937 p. 789).

KLYKOVA A. L. et TOkAREVA BA. — L'opération de Blaskovicz à la clinique opht. de Moscou. Vest. Opht 12-4-1938, page 495-98.

LAZAREW E. G. — Modification à l'opération du ptosis — Westu. Opht. 11-1-1937, p. 76-80

LEXER. — Opération du ptosis au moyen de brides aponévrotiques. — Klinische Monatsblaetter fur Augenheilkunde, p. 465, tome 70, Janvier Juillet 1923.

LINDNER. — L'opération du ptosis d'après Blaskovicz. — Soc. Opht. de Vienne — 14 Mai 1934 (in annales 1935) Ucher die ptosisopération nach Blaskovicz — Klinische Monatsblaetter fur Augenheilkunde — Tome XCII, 1934, p. 1-12 (in annales p. 225-1937)

MAGNUS. — Correction du ptosis par deux bandelettes de fascia-lata — British journal of Opht. 20, 8 Août 1936, p. 460-464.

MACHEK. — Opération du ptosis. — Arch. fur Augenheilkunde Vol LXXXVI, 1914. p. 8 (in Revue Générale d'Opht. 1914, p. 239.)

MARQUEZ. — Opération du ptosis; Bull. Soc, Opht, Paris 1901 p. 147 — Opération du ptosis par suppléance du droit supérieur chez deux blessés ayant subi l'amputation du globe (annales d'oculistique 1919, p. 103.

MOTAIS. — Opération du ptosis par greffe tarsienne d'une languette du tendon du muscle droit supérieur. — Soc. Franç. Opht. mai 1897 — Ophtalmologie provinciale 1910 p. 189 et 1912, p. 18.

NIDA. — Ptosis congénital opéré par un procédé nouveau. Bull. S. O. P, 15 octobre 1928, page 566 (in annales 1929, p, 322)

PANAS. — Archives d'Opht. Tome VI 1886, p. 1

PARINAUD. — Bull. S. O: P. Juillet 1897.

POULARD. — Société française d'Opht. mai 1920 — Société d'Opht. de Paris, 19 juin 1920 — Traité d'ophtalmologie — Tome II, p. 1360

PROUST. — Sur quelques variétés de ptosis palpébraux sans paralysies oculaires — Thèse Paris 1903-04.

RESSE R. G. — Archives of Ophtalmology — 53 — N. 1, janvier 1924. p. 26.

ROLLET. — Traitement du ptosis par la blépharopexie frontale à ciel ouvert — Revue Générale d'Opht. N. 2. février 1910

RUEDEMANN. — A. P — Traitement chirurgical du ptosis — Surgery clin. America — 17-1937, page 1503-1509.

SAINT-MARTIN (de). — Une modification du procédé de Motais pour l'opération du ptosis — Bulletin S. O. P. N. 2 février 1938 (annales d'oculistique 1938-2, p. 389).

SEDAN J. — Troubles de l'appareil moteur des paupières, (in traité d'optalmologie, tome III, page 1064).

SOURDILLE. — Clinique ophtalmologique 1903, p. 75

SPAETH E. B. (Philadelphie) — Le ptosis et son traitement chirurgical — Journal of American Médical Association 109 1907. p. 1889-1894.

TERRIEN. — Chirurgie oculaire. p. 566 — Bulletin S. O. P. 1904 p. 81

TESSIER. — Un nouveau procédé opératoire du ptosis — Thèse Paris 1920-21.

TRANTAS. — Deux cas de ptosis opérés — Archives d'opht. 1938-2, p. 761.

TZITOVSKY. — Traitement du ptosis par greffe de fascia-lata — Vestu. Oft. N. 3 1937, p. 373

WRIGHT. — The use of living sutures in the treatment of ptosis (Arch. of Opht 51 — N. 2, page 99-102)

TABLE DES MATIERES

Introduction 17

CHAPITRE I — **Anatomie Physiologie de la région orbitaire** 19

CHAPITRE II — **Pathologie du Ptosis** . . . 30

CHAPITRE III — **Rappel des procédés opératoires** 36

CHAPITRE IV -- **Procédés DERBY - DICKEY, MAGNUS, BROWN, HAMMS - Le Procédé CORCELLE** 39

CHAPITRE V — **Observations** 74

CHAPITRE VI — **Conclusion** 79

Bibliographie 83

IMPRIMERIE
G. COUDERC
Nérac-Casteljaloux

U. S. 40 — 154
25-11-1943